

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

168

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 mars 1893, à une heure

PAR

E. Léon BASSET

Né à Sainte-Verge (Deux-Sèvres) le 9 octobre 1861

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

LA Pitié, NECKER, MATERNITÉ, BICÊTRE, MATERNITÉ DE LA CHARITÉ

Médaille de Bronze de l'Assistance publique

LA

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE ATTÉNUÉE

FORMES CLINIQUES. BACTÉRIOLOGIE. TRAITEMENT

Président : M. G. SÉE, professeur.

*Juges : MM. } BOUCHARD, professeur,
 } CHANTEMESSE et CHARRIN agrégés.*

PARIS

L. BATAILLE ET C^{ie} ÉDITEURS

2, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 2

1893

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 mars 1893, à une heure

PAR

E. Léon BASSET

Né à Sainte-Verge (Deux-Sèvres) le 9 octobre 1861

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

LA PITIÉ, NECKER, MATERNITÉ, BICÊTRE, MATERNITÉ DE LA CHARITÉ

Médaille de Bronze de l'Assistance publique

L A

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE ATTÉNUÉE

FORMES CLINIQUES. BACTÉRIOLOGIE. TRAITEMENT

Président : M. G. SÉE, professeur.

*Juges : MM. } BOUCHARD, professeur,
 } CHANTEMESSE et CHARRIN agrégés.*

PARIS

L. BATAILLE ET C^{ie} ÉDITEURS

2, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 2

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
Clinique médicale	{ STRAUS.
Clinique des maladies des enfants.	{ G. SÉE.
Clinique des maladies syphilitiques.	{ POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	{ JACCOUD.
Clinique des maladies nerveuses.	{ PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	FOURNIER.
Clinique des voies urinaires.	N.
Cliniques d'accouchements	{ CHARCOT.
	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET	MARFAN.	RETTERRER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE	JALAGUIER.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	travaux anatomiques	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
D. JERINE.			

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

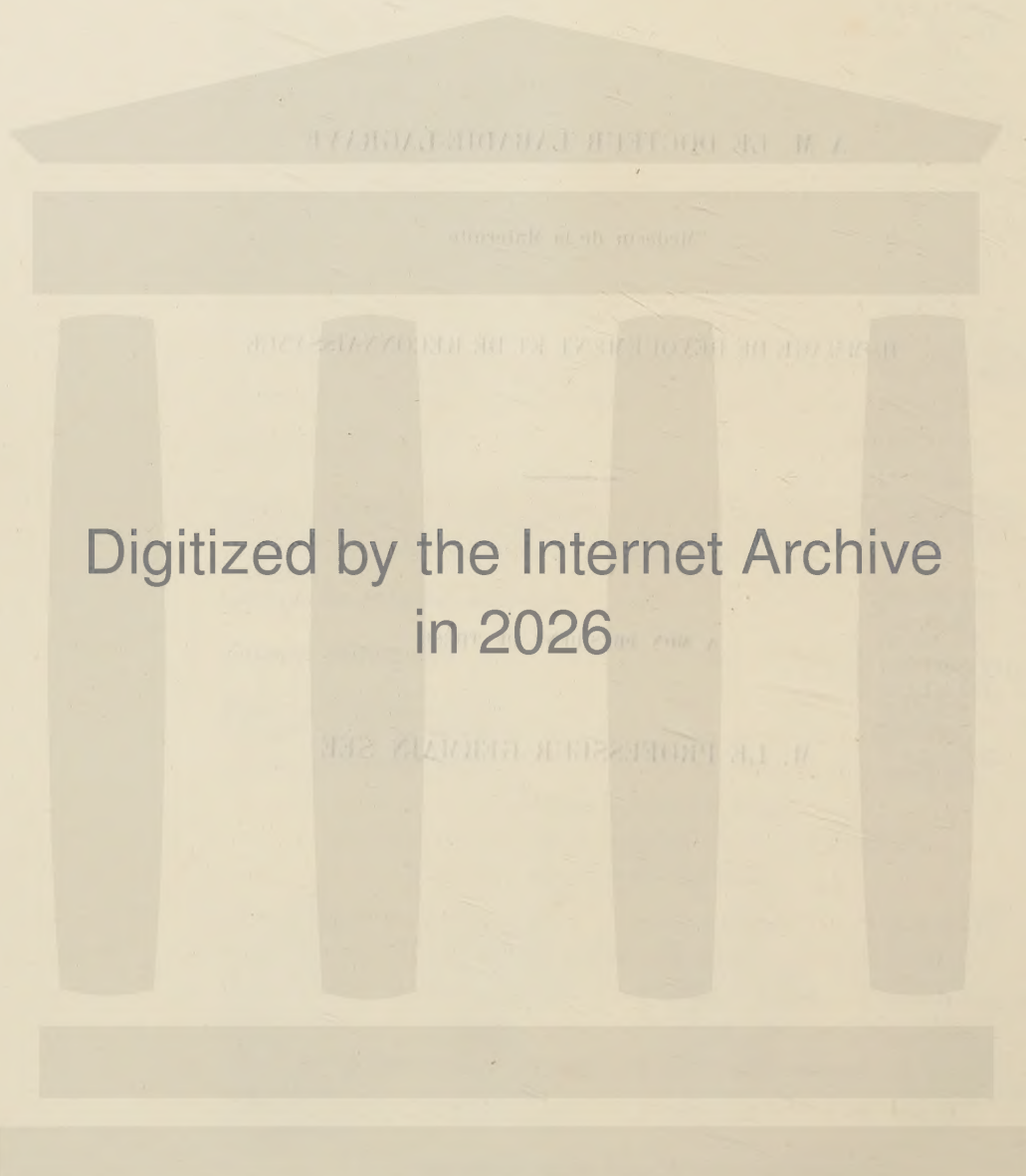
A M. LE DOCTEUR LABADIE-LAGRAVE

Médecin de la Maternité

HOMMAGE DE DÉVOUEMENT ET DE RECONNAISSANCE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GERMAIN SÉE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552004_0032

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

L'histoire de la fièvre puerpérale, ou pour tenir un langage plus en rapport avec les nouvelles découvertes de la science, l'histoire de la septicémie puerpérale s'est complètement transformée dans ces dernières années.

Sous l'influence des idées de contagiosité et d'infection, et conséquemment de la mise en pratique des règles d'hygiène sous forme d'isolement et d'antisepsie prophylactique, nous avons vu apparaître un tableau tout nouveau de la pathologie fébrile des suites de couches. La pathogénie exacte de l'infection puerpérale, soupçonnée depuis longtemps a été mise en lumière par de nombreux travaux parmi lesquels il est juste de placer au premier rang, les recherches de Coze et Feltz, mais surtout celles de M. Pasteur et de ses élèves, MM. Doléris et Widal qui ont démontré d'une façon péremptoire le rôle exclusif des micro-organismes dans la puerpéralité.

Cependant les auteurs qui se sont occupés de la question, malgré leur grand nombre, n'ont peut-être pas tenu assez compte de la nouvelle physionomie clinique et du rôle de l'antisepsie dans l'atténuation et dans la transformation des anciennes formes éminemment graves en des formes le plus souvent bénignes. Si des observateurs tels que MM. Hervieux, Siredey, Rendu, Tarnier, etc. ont indiqué l'existence de ces dernières, aucune en réalité n'a mis

en relief les caractères de la fièvre puerpérale d'aujourd'hui comme M. Labadie-Lagrave. (Annales de Gynécologie. Oct. 1891, T. xxxvi. p. 244-288). Aussi est-ce à son instigation, et avec son aide que nous avons résolu de faire de ce sujet l'objet de notre thèse inaugurale, persuadé que nous pourrions, dans la mesure de nos moyens, contribuer à combler une lacune importante.

Il résulte de cette transformation et de cette atténuation que toute la classification ancienne des suites de couches fébriles est à reprendre.

On n'observe plus que très rarement aujourd'hui le groupe d'affections graves, rapidement mortelles réuni, en 1718, par Strother, sous la dénomination de fièvre puerpérale. A la suite des travaux de Semelweiss, de Tarnier, de la mise en œuvre des sages mesures d'hygiène hospitalière, de l'adoption de l'antisepsie, *les épidémies* meurtrières qui avaient désolé les Maternités au 17^e et 18^e siècles et au commencement du 19^e, ont complètement disparu. Les septicémies aiguës, les péritonites généralisées qu'on observe encore de temps en temps dans les hôpitaux ou en ville, restent à l'état purement sporadique. Si dans des circonstances particulières on a pu noter encore dans ces dernières années quelques foyers épidémiques, ils sont toujours restés isolés, et limités à la pratique d'un médecin, d'une sage-femme, eux-mêmes porteurs du germe infectieux et propagateurs de la maladie.

L'organisme pathogène, atténué par l'antisepsie, ne provoque donc à l'heure présente que des formes elles-mêmes atténuées frustes, latentes, larvées prolongées et souvent à début retardé.

Il est même telles de ces formes de septicémie, à ce point incomplètes, et accompagnées de symptômes inattendus, qu'elles simulent d'autres affections et qu'il faut une analyse très serrée pour arriver à les dépister. Nous essayerons de démontrer dans le cours de ce travail que la clinique, jointe à l'examen bactériologique, peuvent

nous conduire à un diagnostic précis d'où pourront découler un pronostic et une thérapeutique rationnels.

Une autre de ces formes, bien qu'atténuée, est caractérisée, après une poussée précoce de septicémie, ou une incubation prolongée, par des localisations successives que l'examen clinique seul ne peut prévoir. En 1890, pendant notre internat à Necker, dans le service de M. Rigal, nous avons assisté à la longue évolution de cette variété survenue à la suite d'un avortement. L'observation a été relatée dans la thèse de Rancurel ¹ à un point de vue spécial. Ce cas nous avait paru surtout intéressant par la succession des phénomènes infectieux, apparaissant par poussées, séparées elles-mêmes par des périodes d'accalmie, pendant lesquelles la septicémie latente ne se manifestait par aucun symptôme appréciable. C'est ainsi qu'après la période de septicémie pure, nous vîmes apparaître une phlébite suppurée de la cuisse gauche, une éruption érysipélateuse, une phlegmatia légère du bras gauche et enfin une thrombose de la veine ophthalmique qui amena la perte de l'œil droit. Nous avions bien là affaire à une septicémie généralisée, la circulation tout entière charriait les micro-organismes qui successivement se déposaient ou se multipliaient en des points différents pour y développer leurs propriétés pyogènes ou coagulantes. Était-il possible par l'examen bactériologique du sang, de déceler l'agent infectieux même pendant les périodes apyrétiques ? Telle était la question que nous nous posions alors, et qui resta sans réponse n'ayant pu faire à cette époque un tel examen. La suite de cette thèse montrera comment nous avons essayé de la résoudre.

Dans le cas précédent, les accidents septicémiques avaient débuté quelques jours seulement après la fausse couche, mais bien sou-

¹ RANCUREL Th, de Paris 1892, *Considérations sur la choroidite métastatique puerpérale* obs, XXXI.

vent, l'infection puerpérale ne se montre que plus tard alors que toute crainte de danger semble être écartée. Ce début tardif, qu'il soit dû à une incubation prolongée, suivant l'interprétation de Veit et de M. L. Lagrave, ou à une infection secondaire, comme le veulent Müller et Küstner, n'en est pas moins un caractère des infections atténuées. A ce point de vue la phlegmatia-alba-dolens en est un remarquable exemple.

Tous les médecins des hôpitaux n'ont-ils pas remarqué d'ailleurs qu'un certain nombre de femmes accouchées en ville ou dans les maternités, et sorties au 9^e ou 10^e jour, en bonne santé apparente, revenaient les unes avec une salpingite aiguë, les autres avec une pelvipéritonite, une phlébite, d'autres enfin avec un état septicémique sans localisation. Quelques-unes cependant avaient bien eu une ou deux élévations légères de température.

Mais on avait signé leur exeat parce que cet état n'avait été que passager, la température revenue à 37° les lochies de bonne nature, l'utérus en régression normale. Aucun symptôme ne venait révéler une septicémie latente lorsque un beau jour des phénomènes infectieux éclataient. « Plus d'une fois, dit Siredey ¹, il nous est arrivé n'ayant pu retenir à l'hôpital des femmes qui avaient présenté un mouvement fébrile, coïncidant avec la montée du lait et qui refusaient par cela même de croire à la possibilité d'une maladie, de voir ces femmes rentrer quelques jours après avec un adénophlegmon, une péritonite dont le début remontait assurément à l'accès de la prétendue fièvre de lait. ».

Dans de telles formes encore, il y a intérêt, au point de vue du pronostic et du traitement, à savoir si l'agent pathogène n'a pas persisté dans le sang et dans la cavité utérine, car dans ce cas sa constatation permettra de pronostiquer une récurrence possible et

¹ SIREDEY. *Traité des maladies puerpérales* 1884.

de diriger ses efforts contre le foyer le plus important d'infection.

Jusqu'à présent les auteurs qui se sont occupés de la recherche des microorganismes puerpéraux dans le sang, ont eu surtout en vue la période fébrile, mais aucun à notre connaissance n'a poursuivi cette étude, en l'absence de phénomènes infectieux et pendant tout le cours d'une septicémie prolongée. (V. th. DOLERIS. 1880. th. WIDAL 1889. FRITSCH. FEHLING, etc).

En somme, quelles que soient leurs variétés, les accidents infectieux des suites de couches, portent pour la plupart le cachet d'atténuation que leur a conféré la pratique universellement répandue de l'antisepsie prophylactique.

Mais dans ce cas doit-on pour les formes actuelles conserver le mot *septicémie* qui, pour le plus grand nombre des médecins, est encore aujourd'hui le synonyme de maladie grave, évoluant en quelques jours et fatalement mortelle ? Ainsi que le faisait judicieusement remarquer M. Labadie-Lagrave, la septicémie d'aujourd'hui est toute différente de celle d'autrefois et se termine ordinairement par la guérison malgré la gravité des symptômes et l'absence de localisation. Bien plus nos études bactériologiques nous ont amené à considérer tous les accidents infectieux de la puerpéralité, comme des septicémies, si toutefois on conserve à ce terme son acception la plus générale, c'est-à-dire maladie causée par la présence dans le sang d'éléments septiques. En effet, chez toutes nos malades, malgré la bénignité des symptômes, malgré l'existence de localisations variées, comme la phlegmatia par exemple, nous avons pu constater l'existence du streptococcus pyogènes dans le torrent circulatoire.

Ces quelques considérations suffisent à montrer quel vaste champ nous avons à explorer à notre entrée à la Maternité, dans le service de gynécologie, aussi en présence des difficultés que comportait un tel sujet eût-il été téméraire de notre part de nous en

rapporter à nos modestes connaissances pour le conduire à bien. Avec une bienveillance constante notre cher Maître, M. Labadie-Lagrave a bien voulu mettre à notre disposition ses conseils expérimentés, à lui donc, s'il y a lieu, doit revenir tout le mérite de ce travail.

Nous saisissons avec empressement l'occasion qui nous est offerte d'acquitter la dette de reconnaissance que nous avons contractée à l'égard de nos autres maîtres dans les hôpitaux.

M. le Dr Budin dont nous avons eu l'honneur d'être pendant deux ans l'élève, (externat et internat) nous a initié à sa science profonde de l'obstétrique, nous lui sommes particulièrement reconnaissant de la sympathie qu'il n'a pas cessé de nous montrer.

MM. Guéniot, Auvard, Bonnaire, Doléris, Boissard ont été également pour nous les plus aimables des maîtres.

M. le Docteur Rigal a bien voulu nous accueillir dans son service en qualité d'interne. Pendant l'année que nous avons eu le bonheur de passer près de lui, nous avons pu apprécier son inaltérable bienveillance et sa science consommée de la thérapeutique et de la clinique médicale.

M. le docteur Lucas Championnière nous a enseigné le premier, avec sa compétence particulière, la chirurgie antiseptique, qu'il veuille bien accepter tous nos regrets de ce qu'une circonstance indépendante de notre volonté nous ait empêché d'être une seconde fois son élève.

Que le Professeur Verneuil, MM. Jalaquier, Ricard, Guinard, notre cher maître M. le Docteur Schwartz veuillent bien agréer le modeste hommage de notre gratitude pour tous les soins qu'ils ont apportés à compléter notre éducation chirurgicale.

Nous ne saurions sans ingratitude oublier d'offrir tous nos remerciements à nos premiers maîtres de clinique médicale ; M. le

professeur Grancher, MM. les docteurs Lancereaux, Dreyfus-Brisah, Barth et Cuffer.

M. le docteur G. Barré a bien voulu nous conseiller depuis le début de nos études et nous donner des preuves de son bienveillant intérêt, qu'il veuille bien accepter l'expression de notre profonde gratitude,

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Notre intention n'est pas de nous étendre longuement sur l'histoire générale de la septicémie puerpérale, cette question ayant été traitée complètement dans un grand nombre d'ouvrages, auxquels nous renvoyons le lecteur (1). Notre tâche était de rechercher dans les auteurs anciens les cas analogues à ceux qui nous occupent, et de faire un parallèle entre la pathologie des suites de couches d'autrefois et celle d'aujourd'hui. Au point de vue spécial de l'atténuation et de la transformation de la fièvre puerpérale où nous sommes placé, ces recherches étaient nécessaires pour nous bien convaincre que ce changement était un fait récent.

(1) EISENMANN. *Fièvre traumatique et puerpérale*, 1837.

SILBERSCHRADT. *Fièvre puerpérale* 1859.

TARNIER. Th. 1858.

HERVIEUX. *Traité des maladies puerpérales*, 1870.

QUINQNAUD. *Le puerpérisme infectieux*. Th. de Paris, 1872.

RAYMOND. *De la puerpéralité*, th. agr. 1880.

DOLÉRIS. *Essai sur la pathogénie et la thérapeutique des accidents infectieux des suites de couches*. Th. Paris, 1880.

MAYGRIER. *Des diverses formes d'épidémies puerpérales*. Th. agr. 1883.

FRITSCH. *Traité des affections puerpérales. Traduct. franç. de Lauwers et Hertoghe*, 1885.

KLENWACHTER. *Puerperium. Puerpéralkrankheiten*. Réal. Encyclopédie, 1888. Bd. xvi. Heft 151, 160, p. 183.

FEHLING. *Physiologie und Pathologie des Wochenbetts*. Stuttgart, 1890.

Les descriptions des médecins de l'antiquité depuis Hippocrate, Galien et leurs successeurs du moyen-âge jusqu'à Puzos sont trop incomplètes pour que nous puissions y découvrir des indications précises se rapportant à notre sujet. Pendant cette longue suite de siècles, cependant, les documents qui nous sont parvenus nous montrent les accidents puerpéraux, comme portant avec eux un caractère de gravité et de léthalité exceptionnel. Le passage suivant d'Hippocrate (1) se rapporte en effet aux septicémies aiguës avec localisation péritonéale : « à la suite de l'accouchement, le ventre gonfle ainsi que les jambes ; il y a frisson, la douleur se fait sentir dans le bas ventre et aux lombes ; parfois même elle gagne les viscères et la malade est prise de défaillance. Elle éprouve ces accidents au début, quand le mal se prolonge, le dessous des yeux rougit.. »

Les diverses maladies, survenant pendant les suites de couches qu'il décrit sous les noms de fièvre ardente, fièvre bilieuse, fièvre avec diarrhée, etc. sont des affections d'une haute gravité (Epidémies).

Disons en passant que déjà à cette époque en accusant la suppression des lochies et leur résorption, un grand nombre d'auteurs avaient l'idée d'une infection générale. Cette idée a été plus tard formulée encore plus clairement par Mercatus (2) « On observe, dit-il, surtout des fièvres meurtrières lorsque les lochies deviennent putrides ou purulentes. » Plus loin il ajoute cette remarque très judicieuse : « Ce n'est pas seulement la suppression des lochies mais aussi leur putridité et leur purulence qui est cause de ces maladies ».

En somme dans l'antiquité et pendant tout le moyen âge, la plupart des observations qui nous ont été transmises accusent avec la

(1) HIPPOCRATE. Traduct. Littré. *De la nature de la femme*, §. 9 t, VII, P. 325, et 1^{er} et III^e livre des épidémies.

(2) MERCAT. *Opusculum*, t. III, 1570.

diversité des affections puerpérales leur haute gravité et passent sous silence les formes bénignes et les formes larvées.

Plus tard en 1686, Puzos, le grand défenseur de la théorie des métastases laiteuses, nous indique que les dépôts peuvent être aigus ou chroniques, qu'ils peuvent provoquer des éruptions et se présenter avec l'apparence de toute autre maladie, de fièvre maligne, de fièvre intermittente (1).

La notion d'épidémicité est encore difficile à démêler au milieu de ces descriptions un peu confuses de formes variées de maladies puerpérales. (Maygrier. loc. cit.). Ce n'est qu'au xvii^e siècle qu'on rencontre des relations d'épidémies indiscutables. La première rapportée par Ozanam (2) régna de 1652 à 1665 à Leipsig et fut tellement meurtrière, au dire de l'auteur, qu'à peine une femme sur dix en échappait. La description qu'il en donne est à n'en pas douter celle de la septicémie aigüe. « Apparition de la fièvre à la suite d'un frisson, souvent le lendemain même de l'accouchement, quelquefois seulement le quatrième jour, rarement après le septième, phénomènes adynamiques, mort rapide du cinquième au neuvième jour ». Il en fut de même pour les épidémies de Leipsig, de Francfort-sur-le Mein en 1723 ; la maladie se manifestait dès le deuxième ou le troisième jour après la délivrance.

Déjà à cette époque lointaine (1664) la notion de cause à effet qui relie l'existence de la fièvre puerpérale à des germes morbides disséminés dans l'air, et provenant de plaies chirurgicales était admise, puisque Vesou, médecin de l'Hôtel-Dieu, à qui M. de Lamoignon demandait la cause d'une épidémie sur les accouchées, n'hésitait pas à consigner dans son rapport, que les salles de chirurgie situées au-dessous de la salle d'accouchement exerçaient une action incontestable sur l'apparition de la maladie.

(1) PUZOS. *Premier mémoire sur les dépôts laiteux*. 1686.

(2) OZANAM. *Histoire des maladies épidémiques*, t. II, p. 14.

Peu, relatant cette même épidémie de 1664, conclut aussi que la maladie était causée par les émanations miasmatiques venant de la salle des blessés. (PEU. *Pratique des accouchements* 1726).

A partir de ce moment la fièvre puerpérale sévit presque toujours sous forme d'épidémies, la plupart d'une gravité exceptionnelle.

De la Motte observe pendant l'année 1713 une épidémie en Normandie, pendant laquelle, malgré les soins administrés toutes les femmes mouraient (DE LA MOTTE. *Trait. des accouchements* 1765). Les nombreuses épidémies qui se succédèrent à l'Hôtel-Dieu furent toutes des plus meurtrières. Celle de 1846, décrite par Malouin causait la mort de dix-neuf femmes sur vingt. Elle prit surtout la forme péritonéale à évolution rapide. (COL DE VILLARS, FONTAINE, A. DE JUSIEU. *Mémoires de l'Ac. royale des sciences*. Paris, 1746). En 1750, Pouteau observait à l'Hôtel-Dieu de Lyon une épidémie pendant laquelle la mort survenait fatalement. Ordinairement la terminaison était rapide ou bien, il se formait *des abcès très étendus qui faisaient toujours succomber les malades, mais plus tard*. (POUTEAU. *Mélanges de chirurgie*, 1750).

Dans l'épidémie d'Edimbourg, décrite par Young, la fièvre débutait dans les vingt-quatre heures qui suivaient l'accouchement et conduisait toutes les malades à la mort. (YOUNG. *Practical essays of the MANAG. OF PREGNANCY, etc.* 1773).

Que dire de l'épidémie qui sévit à l'Hôtel-Dieu en 1782 et qui fut décrite par Doucet ?

Il semble qu'elle ne pût appartenir qu'aux formes bénignes puisque presque toutes les femmes guérissent à la suite de l'administration prolongée de l'ipéca. Le succès fut de courte durée, car l'année suivante, malgré l'emploi de la même méthode, la mortalité, suivant Tenon, redevint ce qu'elle avait été autrefois. (DOUCET. *Mém. sur la mal. qui a attaqué en différents temps les femmes en couches à l'Hôtel-Dieu*. Paris, 1783).

Toutes les autres épidémies qui nous serait facile de rapporter ici, malgré la diversité des formes portent le cachet d'une gravité indéniable, nous placerons cependant ici la relation de celle qui régna en 1786 à 1787 à Arzago en Lombardie et qui fut observée par Cerri. Elle est surtout intéressante pour nous en ce que la forme qui prédomina semble se rapporter aux septicémies prolongées avec fièvre intermittente comme nous en donnons une observation (Obs. vii). «

La maladie commençait le deuxième ou le troisième jour, simultanément une fièvre de lait, puis survenaient des douleurs abdominales, le ventre était tuméfié, le visage pâle, les lochies supprimées, une diarrhée colliquative se montrait. La fièvre qui se déclarait en même temps était une fièvre quotidienne *remittente*, parfois *intermittente*, et si obstinée qu'elle ne cédait à aucun remède. Il y avait tuméfaction des extrémités inférieures, émaciation des supérieures ; une phthisie consomptive amenait les malades à la mort, le deuxième ou le troisième mois ». (CERRI, *Observationes quædam de puerperarum morbis, de que ipsarum epidemica constitutione*, 1787).

En cette année 1787, la même forme fut décrite par Osiander qui l'avait observée à Göttingen en 1781. « Le type ordinaire de la maladie est continu ; de légères rémissions se remarquent quelquefois dans la maladie, et le soir il y a des exacerbations. Dans certains cas la fièvre est véritablement intermittente ».

Faut-il voir là une véritable périodicité ou bien comme le veut M. Stoltz des redoublements provoqués par la pyohémie ou la septicémie ? Nous serions plus volontiers de ce dernier avis, car dans notre cas, les cultures positives du sang et l'apparition au bout de plusieurs mois d'une broncho-pneumonie à streptocoques et d'une phlegmatia alba-dolens nous indiquaient clairement la nature septicémique de la maladie. Ajoutons qu'à l'encontre des faits rapportés par les auteurs précédents notre malade guérit parfaitement (Obs.

VII). L'infection avec fièvre intermittente s'était montrée à nous sous une forme atténuée. Des faits analogues ont été décrits par Doublet. (Nouvelles recherches sur la fièvre puerpérale, Paris 1791) et dans ces dernières années par le professeur Pajot (1).

Pendant tout le XVIII^e siècle et le commencement du XIX^e, jusqu'aux mémorables constatations de Semelweiss (1847) la fièvre puerpérale ne cessa de sévir sous forme d'épidémies graves, Aussi les auteurs en face des accidents formidables qu'ils observaient continuaient-ils à ne tenir qu'un compte très relatif des formes bénignes qui étaient rares en réalité. Cependant les idées de contagion et d'infection en germe dans les écrits des précurseurs se faisaient jour de plus en plus. La pathogénie admise aujourd'hui, déjà entrevue par Peu, par White, n'était-elle pas en effet implicitement contenue dans le travail de Strother (1718), lorsqu'il donnait à

(1) Pajot Gaz. obst. Paris 1874. « Pendant près de vingt années, j'ai pu suivre des malades de la clinique sans rencontrer un seul exemple des accidents fébriles intermittents de l'état puerpéral, auxquels, je l'avouerais, je ne croyais guère, n'ayant garde de les confondre avec les frissons irréguliers de l'infection. Mais il fallut bien un jour se rendre à l'évidence des faits. Alors que Charrier remplissait les fonctions de chef de clinique à la Faculté, pendant que je suppléais P. Dubois, nous fûmes frappés, lui et moi, par l'apparition de frissons suivis de chaleur, de sueurs et accompagnés de fièvre chez quelques-unes des femmes du service, entre le cinquième et le quinzième jour après l'accouchement. Ces malades furent mises en surveillance attentive, et une fois l'absence de toutes douleurs, abdominales ou autres, de toutes lésions génitales bien et dûment constatées nous acquiescâmes la certitude du retour périodique, tous les jours pour les unes, tous les deux jours pour les autres, du même ensemble de phénomènes vers la même heure. »

Je prescrivis le sulfate de quinine ; les accidents cessèrent très rapidement, et toutes les femmes guérirent. En trente-deux ans, trois cas semblables seulement se sont offerts à moi dans la pratique de la ville, le sulfate de quinine a encore réussi, mais contre l'infection il a toujours échoué.

Il semble bien que ces cas se rapportent à des fièvres intermittentes vraies, étant donné le succès du sulfate de quinine, néanmoins aujourd'hui l'examen bactériologique du sang serait d'un grand secours en démontrant la présence soit du streptocoque soit des organismes de Laveran.

l'ensemble des accidents pyrétiques des suites de couches le nom de fièvre puerpérale ? (V. th. Doléris).

La vieille théorie des métastases laiteuses de Sennert et de Puzos qui avait renversé la théorie hippocratique de la suppression des lochies était à son tour complètement abandonnée. De savants observateurs comme White (1) Delaroche (2), mais surtout Bichat montraient que les prétendus dépôts laiteux n'étaient en réalité formés que par du pus dépendant de l'inflammation du péritoine.

White admet la pénétration de miasmes aériens répandus par les plaies, dans l'utérus et de là dans tout l'organisme, aussi fait-il de la fièvre puerpérale une fièvre putride.

D'autres auteurs comme Gordon font de cette affection un érysipèle du péritoine, d'autres reconnaissent comme cause l'inflammation primitive de l'utérus.

Dès 1815, d'après Kleinwachter (3) Denmann considérait les médecins comme des agents de transmission de la fièvre puerpérale.

Sous l'influence des études anatomo-pathologiques de nouvelles théories, telles que celles de la phlébite utérine (4), de la lymphangite utérine (5), se font jour et beaucoup d'auteurs abandonnant l'idée d'une affection spécifique deviennent localisateurs.

(1) CH. WHITE. *A. Treatise on the manag of pregnant and lying in women*, 1770.

(2) DELAROCHE. *Recherches sur la nature et le traitement de la fièvre puerpérale*. Paris, 1783, p. 20.

(3) KLEINWACHTER. *Puerpèrium, Puerpéral krankheiten. Real Encyclopédie* 1838. Bd. xvi Heft 151-160.

(4) DANCE. *Arch. de méd.* 1828.

BÉHIER. *Lettres à Trousseau sur la fièvre puerpérale* 1858.

(5) DANYAU 1829.

TONNELLÉ. 1830. *Arch. de méd.*

SONAT. 1832.

CRUVEILHIER. 1832.

Reprise depuis par L. CHAMPIONNIÈRE, th. 1870.

SIREDÉY et ses élèves FIOUPE et AUGER.

En 1847 Arneth expose les remarques de Semelweiss sur la transmission de l'infection aux femmes récemment accouchées par les mains et les vêtements d'élèves faisant en même temps des études de dissection.

Il montre les résultats obtenus depuis l'emploi de la désinfection des mains par l'eau chlorurée (Chlorure de chaux) (1). Malgré les idées de contagion et d'infection admises par presque tous les médecins à cette époque, les uns n'en restaient pas moins, localisateurs, les autres essentialistes. Aussi la célèbre discussion de 1858 à l'académie eut-elle surtout pour résultat de montrer par de nombreux exemples que la contagion, l'infection, la transmission par les médecins étaient des faits dont on ne pouvait plus douter. (*Bull. de l'Académie de médecine*, t. xxiii, 1858).

C'est à cette époque (1858) que l'emploi des injections intra-utérines désinfectantes entre dans la pratique. « Hervez de Chégoin, (dit M. Rendu. Loc. cit.) insistait sur l'utilité de laver la surface interne de la matrice pour prévenir l'infection putride, Piorry faisait pratiquer des injections à toutes ses accouchées dans son service de la Pitié. (Th. de Bounaud 1866). Mais grâce aux doctrines régnantes de l'essentialité de la fièvre puerpérale peu de médecins y avaient recours et il faut arriver aux travaux de M. Hervieux et de son interne Fontaine, en 1870, pour voir la question scientifiquement étudiée en France. »

M. Tarnier dans sa thèse de 1857 et dans son ouvrage de 1858 (2),

(1) ARNETH. *Ann. d'Hyg. et de méd. leg.* I, XLV, p. 283. et suiv.

(2) TARNIER. 1858. *De la fièvre puerpérale observée à la Maternité.* p. 95. En admettant que la fièvre puerpérale est contagieuse, nous sommes conduits à croire qu'elle produit un virus capable de la propager. L'existence d'un miasme contagieux ne nous paraît pas douteuse. Les anatomistes ont remarqué depuis longtemps, que les piqûres qui succèdent aux autopsies de femmes mortes de fièvre puerpérale, ont une gravité plus grande que lorsqu'elles ont lieu pendant d'autres dissections. Ce fait pourrait prouver, à lui seul, que les liquides produits par la fièvre puerpérale contiennent un poison énergique, de là à l'existence d'un virus il

démontre clairement et preuves en mains, la contagion non seulement aux femmes accouchées, mais à des élèves sages-femmes en dehors de l'état puerpéral, et aux enfants (p. 86) (2). Il insiste à juste titre sur le transport du *ferment* par le médecin (P. 89).

Il donne, comme conclusion, des règles de prophylaxie ; isolement des nouvelles accouchées, isolement plus complet des femmes malades, désinfection des mains et des vêtements de l'accoucheur.

Il n'hésite pas à préconiser les injections vaginales chlorurées (p. 112) pour peu que les lochies soient fétides et même dans certains cas les injections intra-utérines à l'exemple de Piorry et d'Hervez de Chégoin.

Dès lors la pratique de l'antisepsie prophylactique était créée, il n'y avait plus qu'à rechercher le liquide le plus propre à la désinfection de l'utérus. On ne tarda pas à aborder cette question à l'étranger ; Von Grönwaldt à Saint-Petersbourg, Winckel, Erlenmayer, Schröder en Allemagne, employaient des injections vaginales ou intra-utérines antiseptiques variées, pour prévenir l'éclosion de la septicémie des femmes en couches.

L'effrayante mortalité qui régnait sur les accouchées et qui était encore, d'après M. Pinard de une femme sur douze en 1865, chiffres sensiblement égaux à ceux de Tenon, décroît rapidement. On inaugure grâce à M. Tarnier et Lefort le système des petites maternités, on multiplie les précautions. A Cochin, M. Lucas-Championnière applique le premier en France la méthode listérienne dans toute sa

n'y a qu'un pas. (L'absorption par le poumon était alors admise par M. TARNIER). Dans les faits au contraire dans lesquels l'accoucheur semble porter avec lui le virus qui lui imprègne les mains à la suite d'une autopsie, l'inoculation peut se faire dans les parties génitales.

(2) DUHAMEL. Th. Paris, 1850.

LORAIN. *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né*, Paris, 1855.

rigueur. Sur 1435 accouchements ayant eu lieu en 1878 et 1879, Lucas-Championnière n'accuse que 6 décès puerpéraux, soit une mortalité de 0,41 pour 100.

Du jour où *l'antisepsie prophylactique* est adoptée les observations de *septicémies atténuées* font leur apparition et deviennent de plus en plus nombreuses à mesure que les septicémies suraiguës, les pyohémies, les péritonites mortelles, etc. disparaissent progressivement grâce aux perfectionnements successifs du manuel opératoire.

Trois ouvrages que nous nous contenterons de citer, parmi tant d'autres, nous font assister aux étapes de cette transformation : le livre de M. Hervieux (1), la thèse de M. Doléris (2), le traité de Siredey (3).

M. Hervieux n'employait ordinairement, comme désinfectant que l'eau chlorurée, antiseptique très infidèle, aussi le voyons-nous continuer à décrire et à placer au premier rang les formes graves énumérées plus haut ; mais à côté de ces dernières, il nous est facile de trouver dans son livre de nombreuses observations d'infections atténuées. Les observations xix à xxiv, qualifiées d'endométrites puerpérales sont des septicémies légères, heureusement traitées par les injections intra-utérines au chlorure de chaux.

Le même auteur décrit p. 349 des métrorrhagies post-puerpérales d'origine infectieuse. Plus loin il ajoute qu'il peut se présenter des réempoisonnements successifs. « Dans le cours d'une même couche dit-il, les effets d'une première intoxication n'empêchent pas une seconde, une troisième, une quatrième intoxication d'avoir lieu. L'observation XIX en est un exemple :

Métrorrhagie onze jours après l'accouchement, injections intra-

(1) HERVIEUX. *loc. cit.* 1870.

(2) DOLERIS. *loc. cit.* 1880.

(3) SIREDEY. *loc.* 1884.

utérines. Lésions articulaires consécutives. Phénomènes infectieux.

Nous avons là l'évolution de la forme atténuée et prolongée avec localisations successives.

Parmi les formes atténuées nous rangerons également les obs. 78, 79, 84, dont le principal symptôme a été une albuminurie passagère.

Au moment où M. Doléris publiait son travail, l'antisepsie prophylactique presque universellement employée avait fait de sérieux progrès par l'adoption de substances microbicides éprouvées, aussi ne sommes nous point étonné de trouver un plus grand nombre d'observations se rapportant aux septicémies atténuées. Telles sont les observations xii, p. 80 ; xvi, p. 82 ; xv, p. 84 : xvi, p. 86.

L'observation xvii, p. 87, est un exemple de septicémie légère, rapidement guérie et suivie après 6 jours d'apyrexie de phlébite et de phlegmon iliaque du côté gauche.

Dans les observations xviii et xix, les accidents infectieux ont été persistants et répétés, les malades n'en ont pas moins guéri.

La plupart des formes atténuées sont décrites dans le traité de Siredey, (obs. iv, p. 38, v, p. 41 etc.). Cet auteur parle d'accidents survenant 4, 6 jours et même plus tard après l'accouchement, leur durée est longue avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration pendant lesquelles le pronostic peut changer dix fois. Dans certains cas la marche est si lente, les rémissions si longues, si complètes qu'en l'absence de tout signe d'une lésion locale on se refuse à croire à la possibilité d'un état aussi grave (obs. xli, xliii, xlvii).

Pour M. Siredey (1) formes bénignes comme les graves paraissent reconnaître pour cause un principe infectieux, mais à des degrés variables d'intensité. Ou bien les germes quoique ayant la même origine et la même puissance de virulence, ne trouvent pas chez toutes

(1) SIREDEY, *Traité des mal. puerpérales* 1884, p. 338.

les femmes des conditions également favorables à leur développement et alors ils s'atténuent et ne déterminent qu'une maladie rudimentaire, avortée pour ainsi dire, en un mot une forme bénigne de l'affection. Ou bien les germes varient de nature n'ont le même degré de virulence et déterminent des maladies dont la gravité présente également des différences multiples ».

Comme le dit, M. L. Lagrave, « ces deux explications sont rationnelles, mais la seconde en demande à son tour une autre. [Cette diminution de l'intensité du poison tient à une cause : *la pratique de l'antisepsie*.

Actuellement, ou celle-ci est universellement répandue, on ne dirige plus un accouchement sans le faire précéder et suivre d'injections vaginales désinfectantes. On va même plus loin : lorsque les chances d'infections se trouvent multipliées, comme c'est le cas à la Maternité, (et à la Clinique) où la nécessité de l'instruction des élèves soumet chaque femme enceinte à des examens répétés, on donne après tout accouchement une injection intra-utérine. Ces mesures, qui, dans la grande majorité des cas suffisent à la prophylaxie de l'infection, se trouvent cependant, dans quelques-uns d'entre eux, *impuissants à la prévenir ; mais du moins elles la modifient*.

Soit qu'elles tuent un certain nombre de micro-organismes, diminuant ainsi la masse des agents pathogènes, soit qu'elles atténuent leur virulence, elles ont pour résultat de produire des *formes mitigées*, des *formes accessibles à la thérapeutique* ». (Loc. cit).

Partout d'ailleurs, aussi bien dans la littérature médicale française que dans la littérature étrangère nous trouvons des cas de

(1) Ueber Spätfieber im Wochenbett *Arch. f. Gyn.* B. XIX, Heft 2. et *Rep. des Sc. med.* t. XXIV, 1884,

(2) PRIESTLEY, *Brit med. Journ.* p. 337, août 1885,

septicémie atténuée, tels sont ceux de Müller (1) et de Priestley (2), les premiers se rapportent à l'infection fruste, les seconds à des fièvres puerpérales à début retardé.

Müller les attribue non à une infection datant de l'accouchement mais au départ de thrombus, lors des premiers mouvements de l'accouchée. Pour Veit (1) au contraire, et nous acceptons plus volontiers son interprétation, il y a infection dont la période d'incubation a été prolongée,

Pour terminer cette longue digression historique nous ajouterons avec M. Labadie-Lagrave : *A mesure que se multiplient ces cas d'infection atténuée, à incubation prolongée, les cas suraigus se font de plus en plus rares. « Les cas de mort en 24 et 36 heures, sans localisation appréciable, ne se voient presque plus par ce temps d'antisepsie. » (Fehling. loc. cit.). L'action de l'antisepsie ne s'étend donc pas seulement sur la quantité des infections, mais aussi sur leur qualité, et dans ce sens là, on pourrait dire qu'on observe couramment aujourd'hui des fièvres puerpérales antiseptiques ».*

Cette transformation par l'antisepsie prophylactique étant bien constatée, il nous reste maintenant à voir quelle physionomie nouvelle elle a pu imprimer à l'infection puerpérale et quelles sont les *formes cliniques* auxquelles elle a donné le jour.

(1) VEIT, *Berl. Klin. Woch.* août 1881.

Voir également LABADIE-LAGRAVE. *Loc.cit.*

CHAPITRE III

Forme fruste.

Parmi les accidents fébriles et infectieux des suites de couches aucun n'est plus fréquent de notre temps que la septicémie légère sans localisation. Longtemps attribuée à la poussée laiteuse et appelée fièvre de lait, elle est entrée grâce aux travaux modernes dans le cadre de l'infection puerpérale. Tous les auteurs en effet sont d'accord sur ce point, à savoir que la fièvre de lait n'existe pas et que, toutes les fois que la température chez une nouvelle accouchée dépasse 38° , il y a eu pénétration dans l'organisme d'un agent infectieux. Dans certains cas les phénomènes sont si éphémères qu'on éprouve quelque répulsion à prononcer le mot de septicémie puerpérale, et cependant l'examen bactériologique du sang dans une forme aussi atténuée, l'explosion d'accidents plus graves survenant longtemps après la première poussée fébrile, nous montrent clairement le bien fondé de ce diagnostic.

D'autres fois la maladie évolue en un temps un peu plus long, il y a pendant plusieurs jours des accès fébriles, mais *sans état général grave*, et tout se termine par la guérison à la faveur de l'antiseptie. C'est à cette forme qu'on peut donner le nom de fruste, car

à part la température, la fétidité des lochies, la plupart des signes locaux ordinaires de la fièvre puerpérale sont absents. Telle était la dénomination sous laquelle M. Rendu les désignait déjà lorsqu'après avoir relaté la classification d'Hjalmar Heiberg (2), il ajoutait :

« La classification d'Heiberg (1) est à retenir au point de vue des localisations diverses de l'infection et des modes de propagation du ferment septique, mais elle est incomplète au point de vue clinique, car, d'une part, elle sépare des faits connexes. d'autre part, elle néglige des cas *atténués* qui sont pourtant de la septicémie puerpérale.puisqu'ils coïncident avec des épidémies,et sont parfois le point de départ d'accidents graves. (A ce dernier membre de phrase nous pourrions ajouter aujourd'hui et puisque l'on peut constater dans le sang la présence de l'agent pathogène, le streptocoque).

(1) RENDU. *La fièvre puerpérale*. Rev. des sciences de Hayem 1883, t. XXI 1^{re} fascicule, p. 322-323.

(2) CLASSIFICATION DE HJALMAR HEIBERG.

Quatre groupes de fièvres puerpérales correspondant à des déterminations différentes :

1^o Les plus graves sont celles où n'existe aucune localisation du produit septique, et où la diffusion des bactéries dans l'organisme imprime à la maladie un caractère typhoïde :

2^o Dans une 2^e catégorie, le poison puerpéral envahit de préférence les séreuses péritonéale, pleurale, péricardique et endocardique, il atteint également les synoviales articulaires, et développe sur tous ces points des épanchements purulents.

3^o La 3^e forme, cliniquement rare, correspond à l'envahissement des muqueuses, spécialement du tube digestif et se continue par une diarrhée septique.

4^o Enfin la dernière forme affecte absolument les allures de l'infection purulente, et se traduit comme elle par la dissémination d'infarctus métastatique dans tous les viscères, le point de départ est souvent, mais non toujours, une thrombose des sinus utérins,

« Ces *formes frustes* pour ainsi dire de l'infection puerpérale mériteraient d'être étudiées à nouveau, car il serait fort utile de pouvoir les différencier d'avec les complications banales de tout traumatisme utérin. Le plus ordinairement, elles débutent par un frisson peu accusé survenant d'emblée de préférence la nuit. On constate le lendemain un peu de tension abdominale, une douleur localisée plus ou moins vive sur les côtés ou au niveau de l'utérus, bref, des symptômes de métrite ou de lymphangite péri-utérine. Les lochies en même temps, sont un peu moins abondantes, et elles prennent une légère odeur. D'ordinaire, quelques irrigations vaginales phéniquées, une application locale de sangsues ou de ventouses scarifiées sur l'abdomen font tomber la fièvre et les malades guérissent ; mais à quelques jours de là, on voit se développer d'autres accidents fébriles, souvent beaucoup plus graves, chez les accouchées voisines ; ce qui démontre bien la nature infectieuse de ces manifestations en apparence bénignes ».

« M. Viollet (1), dans sa thèse, insiste avec raison sur les phénomènes prémonitoires de l'épidémie de l'hôpital St-Antoine. Pendant trois mois, on constata des complications inflammatoires fréquentes des suites de couches c'étaient des métrites, des pelvipéritonites d'abord peu graves, mais qui se compliquèrent, vers le mois de mars de lymphangite utérine. A partir du mois d'avril, l'épidémie éclata et pendant huit jours, toutes les accouchées succombèrent à des accidents de septicémie ; il fallut fermer les salles infectées ».

Il nous serait facile de donner de nombreuses observations de septicémie très légère, ne durant qu'un jour ou deux et correspondant à ce qu'on appelait autrefois la fièvre de lait ; ces cas abondent

(1) VIOLLET Th. de Paris 1876. *Considérations sur l'épidémie puerpérale observée à l'hôpital St-Antoine en 1875*,

dans les services d'accouchement et dans la pratique civile, mais comme nous n'avons pas eu l'occasion de faire l'examen bactériologique pour une forme aussi éphémère, nous préférons donner trois exemples de fièvre puerpérale à évolution rapide malgré des signes inquiétants dans lesquels l'examen a été complet.

OBSERVATION I.

SEPTICÉMIE ATTÉNUÉE, SANS LOCALISATION, FAUSSES MEMBRANES DU COL DU VAGIN ET DE LA VULVE. — CURETAGE, DRAINAGE, GUÉRISON EN HUIT JOURS.

F. D. primipare, accouche normalement et à terme le 11 février 1892. Délivrance complète, injection intra-utérine après la délivrance.

Pendant quatre jours la température reste normale, le 5^e la malade est prise d'un violent frisson accompagné de vomissements ; une diarrhée fétide ne tarde pas à se manifester. La température oscille entre 38° 2 et 40° 4, le pouls entre 80 et 112.

Les lochies ne sont pas fétides, le ventre non ballonné est complètement indolore à la pression, au niveau des cornes utérines. *Légère albuminurie.*

Injectons intra-utérines à la solution de sublimé au 1/4000. Sulfate de quinine 0 gr. 50.

Du 14 au 21 les symptômes restent les mêmes et l'état général a une tendance à s'aggraver. Aucun symptôme du côté du ventre, de l'utérus et des annexes. Le toucher ne provoque pas de douleur au niveau du cul-de-sac. Pseudo-membranes diptéroïdes sur le col, le vagin et la vulve. L'examen du sang et des lochies nous fait constater la présence de streptocoques en chaînettes d'abord longues, puis d'étendue de plus en plus restreinte à mesure que la température baisse. Les microcoques et les diplocoques sont très abondants.

Congestion pulmonaire à droite. Bronchite généralisée,

En présence de la persistance des microbes dans l'utérus malgré les injections antiseptiques nous pratiquons, sur le conseil de Monsieur L. LAGRAVE, un curettage suivi de drainage.

Les symptômes généraux s'amendent immédiatement, la température revient à la normale et en quelques jours la malade se rétablit.

Les cultures de liquide utérin restent stériles. Celles du sang renferment pendant quelques jours le microbe en chaînettes de plus en plus courtes, puis le seul microcoque, et enfin tout micro-organisme disparaît.

Cette observation est un exemple frappant de septicémie fruste,

En effet à part l'état général et une légère albuminurie nous n'avons pu constater aucuns des signes locaux de lymphangite ou de phlébite utérine, indiqués il y a encore peu de temps (Siredey) comme constants dans la fièvre puerpérale. Bien plus l'apparition d'une congestion pulmonaire droite, les signes de bronchite généralisée, la diarrhée eussent pu conduire au diagnostic d'affection typhoïde. L'examen bactériologique, la disparition rapide des symptômes après le curettage ne pouvaient nous laisser aucun doute sur la nature de l'affection,

Il en est de même de notre observation II, là encore même absence de signes locaux et présence dans le sang et dans le liquide utérin de nombreux streptocoques à longues chaînettes pendant la période pyrétique. Les symptômes généraux n'ont pas tardé à disparaître à la suite d'un curettage suivi de drainage journalier.

La maladie présenta cependant ceci de particulier ; alors que les symptômes fébriles avaient disparu, la malade se plaignait encore de malaises vagues de faiblesse et on pût constater la persistance des streptocoques dans le sang. Survinrent alors au bout de 15 jours, deux poussées fébriles nouvelles pendant lesquelles on trouva de nouveau de longues chaînettes de streptocoques. Néanmoins ces symptômes furent passagers et la malade sortit guérie au bout de

peu de temps. Au moment de son départ les cultures du sang restaient stériles.

Dans l'observation III nous voyons les mêmes symptômes généraux se produire sans aucun phénomène du côté du ventre, de l'utérus et des annexes.

Dans ce cas, il existait dans le liquide utérin avec les streptocoques, des staphylocoques dorés. Ces derniers microbes n'existaient pas dans le sang, et disparurent même très rapidement dans l'utérus à la suite du curetage et du drainage. (V. les obs. IV. V. VI.)

Si, comme dans les cas que nous venons de citer, tout se passe très simplement et se termine par la guérison au bout de peu de jours, il est loin d'en être toujours ainsi. Souvent, alors que la malade paraît entrer franchement en convalescence, et semble même guérie, on peut noter la persistance des microbes dans le sang, et l'on assiste à des localisations variées ; congestion pulmonaire, salpingite, phlegmatia-alba-dolens, etc...

C'est ainsi que les choses se sont passées dans notre observation VI, que nous résumons ici.

OBSERVATION VI,

SEPTICÉMIE ATTÉNUÉE, DÉBUTANT DIX JOURS APRÈS L'ACCOUCHÈMENT.

SALPINGO-OVARITE DROITE. PÉRIODE D'APYREXIE. HLEGMATIA ALBA-DOLENS.

La nommée M. G. accouche le 1^{er} juin, en ville, spontanément et à terme.

Tout est normal pendant les premiers jours. Le dixième jour, des douleurs violentes se manifestent dans le côté droit de l'abdomen, les lochies deviennent fétides, la fièvre se déclare. Malgré ces symptômes la malade veut retourner chez elle où elle est obligée de se mettre au lit.

Tous les soirs frissons accompagnés de chaleur et de sueurs. Les douleurs abdominales augmentent.

Elle entre à la maternité le 14 juin.

Pas d'état général grave, sueurs abondantes, albuminurie légère.

Ventre légèrement ballonné, douloureux à la pression du côté droit. L'utérus encore volumineux, dépasse notablement la symphyse. Lochies fétides.

Utérus douloureux au toucher. Cul-de-sac droit, siège d'une tuméfaction formée par ovaire et trompe enflammés et entourés de néo-membranes.

Curettage, drainage, injections intra-utérines.

Jusqu'au 29, la température présente de grandes oscillations, on note 37°, 37°6, le matin, 39°4, 39°, 39°6 le soir. Les symptômes abdominaux s'amendent peu à peu, la tuméfaction salpingienne diminue graduellement.

Pendant cette période les cultures permettent de constater dans le sang et dans les lochies le microbe en chaînettes. Ce dernier disparaît dans le liquide utérin mais persiste dans le sang.

A partir du 29 juin la température reste à 37° jusqu'au 9 juillet.

Pendant ce temps on trouve toujours des streptocoques dans le sang, mais les chaînettes n'ont plus que 4, puis 3 éléments.

Le 6 juillet début d'une phlegmatia alba dolens droite. Les 9 et 11 juillet la température atteint 38°, le 13, 38°8.

Les examens bactériologiques nous montrent dans le sang le retour de chaînettes de 5 à 6 éléments. Elles deviennent surtout nombreuses du 31 juillet au 4 août, période pendant laquelle il existe de grandes oscillations de température ; 37° et quelques dixième le matin, 39°, 39°2 le soir.

Ces températures élevées ne sont expliquées ni par la phlegmatia légère, ni par la salpingite à peine appréciable et peu douloureuse. Nous ne pouvons supposer comme cause de cet état qu'une nouvelle culture de streptocoques plus virulents et plus nombreux dans le liquide sanguin.

A partir du 5 août la température revient à 37°.

Le 8 août l'œdème et les douleurs des membres inférieurs ont disparu. Les culs-de-sac vaginaux sont souples, on ne trouve plus trace de la Salpingo-ovarite.

Les streptocoques disparaissent graduellement du sang.

La malade sort guérie à la fin d'août.

L'histoire de cette malade indique clairement combien il faut être réservé sur le pronostic, lorsqu'après la disparition de symptômes légers d'infection, on constate la persistance dans le sang de l'agent pathogène. Une femme qui a eu quelques frissons, un état septicémique sans importance vraisemblable est exposée à de nombreuses récidives.

Il est de ces états septicémiques tellement atténués qu'ils ne se révèlent par aucun symptôme, passent complètement inaperçus et n'en sont pas moins la source d'accidents mortels.

Nous avons été témoin de deux faits de ce genre qui paraissent calqués l'un sur l'autre. Il nous serait facile d'en trouver de semblables dans les auteurs, mais ils manquent malheureusement de l'appoint du contrôle bactériologique.

OBSERVATION XIII.

AVORTEMENT ENBRYONNAIRE. — DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE. — SEPTICÉMIE LÉGÈRE. — EMBOLIE PULMONAIRE. — MORT SUBITE AU 12^e JOUR.}

La nommée C. multipare âgée de 31 ans, est amenée en brancard à la Maternité le 9 octobre 1892 à 5 heures du soir. Elle dit avoir fait un avortement de 2 mois 1/2 et n'être pas délivrée.

L'embryon a été expulsé le 5 octobre. Une hémorrhagie a eu lieu, mais elle n'a eu que peu de durée, aussi n'est-ce que quatre jours après qu'on se décide à conduire la malade à la Maternité.

L'utérus assez volumineux remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Température 38° 5. Pouls à 140.

Dans la nuit du 9 au 10 une hémorrhagie abondante se déclare. Pâleur, affaiblissement considérable.

On pratique immédiatement la délivrance artificielle. L'arrière faix paraît complet.

Plusieurs injections intra-utérines avec la solution du sublimé à 1/4000 et la solution de permanganate de potasse à 1/1000.

Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

Le 10 octobre la température atteint encore le soir 38°, le pouls 120.

Les jours suivants la température s'abaisse et atteint à peine 38° le soir.

A partir du 13 elle se maintient à 37°, on continue les injections intra-utérines.

Le 17 et le 18 la température restant à 37° et même au-dessous, le pouls est encore à 120, phénomène qu'on peut expliquer par l'affaiblissement causé par l'hémorrhagie.

Le 20 octobre la malade paraît complètement rétablie et se dispose à partir le lendemain. On ne trouve d'ailleurs aucun inconvénient à la laisser se lever. Au moment où elle met le pied à terre elle pousse un léger cri et tombe morte. Tous les moyens essayés pour la ramener sont vains.

Autopsie. Le tronc de l'artère pulmonaire et ses deux premières branches sont complètement oblitérés par un caillot du volume du petit doigt et d'une longueur de dix centimètres.

Les veines iliaques et la plupart des veines du bassin sont complètement remplies de caillots durs résistants.

Dans la veine iliaque primitive droite on voit très bien les traces du thrombus qui a émigré sous forme d'embolie. Celui de la veine iliaque primitive gauche est intact.

Rien à noter du côté de l'utérus, des annexes et du péritoine, des membres inférieurs

Bactériologie. Sang pris au niveau de l'artère pulmonaire, et petits débris de l'embolus cultivés donnent une abondante prolifération de streptocoques à l'état de pureté. Les coupes du caillot migrateur nous montrent également à sa périphérie le même microbe en chaînettes.

Le sang pris au niveau des veines iliaques primitives et les particules de caillots de la même région, cultivés sur agar et dans le bouillon ne donnent pas le streptocoque à l'état de pureté. Il est accompagné par le bactérium coli commun en grande abondance. Sur les plaques d'agar on distingue très bien les colonies différentes de ces deux microbes.

Notre second cas est en tout semblable au premier.

On conçoit aisément que dans une telle forme, après une seule poussée fébrile vite éteinte nous n'ayons pas été appelé à faire l'examen du sang pendant la vie de la malade, et personne ne pouvait soupçonner une thrombose des veines iliaques en l'absence de symptômes du côté des membres inférieurs, de l'utérus et de ses annexes.

Jusque dans ces derniers temps la plupart des auteurs ont admis la thrombose physiologique, après l'accouchement, des veines issues de l'utérus. Si ce phénomène est vraisemblable pour les vaisseaux de la paroi même de cette organe, il est probable que le caillot ne se prolonge dans les veines du bassin, qu'à la faveur des micro-organismes.

Un grand nombre d'observateurs et en particulier M. Widal ont démontré l'origine microbienne de la phlegmatia alba dolens, pourquoi n'en serait-il pas de même pour la thrombose des veines du bassin ? Le même processus doit se produire souvent dans les infections frustes, bien que nous n'ayons aucun moyen de le constater. Il est facile de comprendre alors comment, la masse des thrombus farcis de streptocoques est une source constante de microbes qui de là se répandent dans la circulation tout entière, infectant l'économie ou s'accumulant sur des points successifs pour y exercer leurs propriétés pyogéniques.

Les quelques exemples que nous venons de citer, joints à ceux que M. Labadie-Lagrave a publiés et à ceux que nous donnons à la fin de ce travail sont maintenant assez nombreux pour nous permettre de fixer dans une vue d'ensemble les principaux symptômes des septicémies atténuées et frustes.

TABEAU CLINIQUE. Une femme accouchée depuis 3, 4 quelquefois 9, 10 jours et plus est prise subitement, de malaises vagues ; de

céphalalgie, de courbatures, la langue est saburrale, la diminution des pulsations habituelles après l'accouchement a fait place à une accélération, le pouls est à 80 et à 100. La température néanmoins est normale ou atteint à peine 38°.

Le lendemain ces phénomènes s'accroissent encore, ou bien la température monte progressivement ou plus souvent un violent frisson avec stades de froid, de chaleur et de sueur éclate brusquement, le thermomètre marque 40°, 41°, le pouls atteint 110, 120. Il n'est pas rare de voir survenir des vomissements. En même temps le facies pâlit, et devient rapidement blafard et terreux. Dès cette époque on peut observer une diarrhée fétide et trouver de légères traces d'albumine dans les urines. Ces signes menaçants n'empêchent pas l'état général de rester relativement satisfaisant. La régularité du pouls, sa plénitude, la facilité de la respiration, le calme de la malade montrent déjà qu'elle n'est pas gravement atteinte.

Du côté de l'abdomen où l'attention n'est ordinairement attirée par aucun symptôme, on note à peine un léger météorisme. L'utérus encore mou et volumineux ne révèle aucune douleur à la palpation et au toucher combinés. Le doigt revient enduit de lochies quelquefois fétides, mais le plus souvent sans odeur. L'exploration de l'orifice vulvaire est ou négatif ou fait constater la présence de dépôts grisâtres, sur les érosions et les déchirures dues à l'accouchement.

Le cœur est intact, les poumons sont le siège de râles de congestion sibilants ou humides.

En présence des signes précédents, en l'absence de tout phénomène du côté des organes génitaux et du péritoine un médecin non prévenu peut se trouver très embarrassé. S'il fait le diagnostic de septicémie sans localisation, il sait que la plupart des auteurs indiquent cet état comme le plus grave qui puisse survenir

pendant les suites de couches. Si au contraire il attribue l'ensemble des symptômes précédents à un embarras gastrique fébrile, à une fièvre typhoïde même, il court grandes chances de voir évoluer la maladie vers un dénouement fatal, n'ayant point établi de traitement rationnel.

La fièvre puerpérale atténuée a une marche lente, il est vrai, mais elle peut s'aggraver si elle n'est pas convenablement traitée. C'est d'ailleurs pendant la première période fébrile, que la thérapeutique doit avoir pour but, non seulement d'enrayer les accidents du début, mais encore de prévenir les localisations à longue échéance.

Il y a dit Fritich (1) trois éléments cliniques d'une importance extrême, qui donnent, dans la plupart des cas, une idée exacte de la maladie. Ce sont : le *moment où l'affection se déclare*, l'*état général de l'accouchée*, le *pouls et la température*. Tous ces caractères peuvent être extrêmement variables, dans les septicémies atténuées. En particulier le pouls et la température peuvent se maintenir à de grandes hauteurs pendant plusieurs jours, malgré la bénignité de l'affection. D'autres fois la mort survient alors que la température n'a jamais dépassé 39°. Aussi est-il bien difficile de se fonder sur la marche de la courbe thermique comme le veulent un certain nombre de médecins, notamment Leith Napier (R. S. M. XIX, p. 406) pour établir le diagnostic différentiel entre les cas bénins et les cas de septicémies graves.

Nous avons une observation communiquée par notre ami Gouget dans laquelle la température a toujours été normale, et qui s'est terminée par la mort (obs. XIV).

Le plus souvent cependant le *pouls* et la *température* suffisent pour établir le diagnostic de septicémie. L'existence d'une *diarrhée*

(1) *Loc. cit.*,

fétide, d'une légère albuminurie sont également des signes précieux en l'absence de phénomènes du côté des organes génitaux.

Mais nous trouvons surtout dans l'état général la caractéristique de l'infection atténuée. « En particulier, dit M. Labadie-Lagrave, le facies et l'état moral sont d'excellents signes au point de vue du pronostic. Ce qu'on observe actuellement, ce ne sont plus ces malades à l'aspect cadavérique, aux yeux caves, au regard fixe, hagar, à la physionomie empreinte d'une inexprimable angoisse ; ce ne sont plus ces malades agitées, qui crient sans cesse qu'elles vont mourir et supplient le médecin de les sauver, ni celles qui tombent dès le début dans un état de prostration dont elles ne sortent que pour délirer. Ce sont simplement des malades abattues, au facies pâle, blafard, mais sans cette expression particulière qui caractérise presque les formes les plus graves. Calmes, conservant leurs idées nettes, elles supportent aisément l'interrogatoire, et n'ont pas conscience de la gravité de leur situation. *Cet état si différent dans les deux cas a certainement une grande valeur pronostique.* » (Loc. cit.).

En général, la marche est des plus simples ; après une période fébrile de deux à huit jours, quinze au plus, pendant laquelle la température a oscillé de 39° à 40° 5, le pouls entre 110 et 120, l'état général s'amende graduellement, la température s'abaisse par oscillation, le pouls suit la même marche. La diarrhée, l'albuminurie disparaissent et la malade entre franchement en convalescence. Le visage se colore, l'alimentation est reprise car l'appétit est vite revenu.

La malade peut être considérée comme guérie, et de fait s'il survient une ou deux élévations de température tardives, cet état fébrile est passager.

(Nous verrons à l'art. bactériologie que les cultures du sang don-

nent une courbe analogue à celle du pouls et de la température).

Plus rarement, soit absence de traitement ou intervention tardive, la maladie quoique atténuée se prolonge, les forces diminuent, l'état général s'aggrave avec la diarrhée, les vomissements, l'albuminurie, l'intelligence s'obnubile, la dyspnée apparaît et la malade meurt dans le coma.

Dans une seconde variété, après un début identique au précédent, on voit survenir, le lendemain ou quelques jours après des douleurs abdominales, le météorisme augmente, et l'on constate par le palper et le toucher combinés l'existence d'une métrite aiguë, d'une lésion annexielle ou périmétritique. Dans ce cas les symptômes généraux loin d'être aggravés semblent au contraire s'amender. D'autres fois le cours de la septicémie est marqué par l'apparition d'une éruption scarlatiniforme, locale ou généralisée, qui ne paraît en rien augmenter la gravité du pronostic. (Obs. IV et V de l'article de MM. LABADIE-LAGRAVE et GOUJET. *Loc. citato.*) (Cas de M. Durand (de Bellême) *Journal de méd. et de chir. prat.*, 10 juillet 1871, p. 504).

Ces observations sont en contradiction avec l'opinion de Kleinwachter (*Loc. cit.* p. 201-204) lorsqu'il prétend que « les affections cutanées, comme manifestations partielles de l'infection puerpérale, ne s'observent que dans les formes septiques les plus graves ; qu'elles sont du pronostic le plus défavorable ; que la mort survient dans le minimum de temps ».

Enfin dans une dernière variété, après une période de septicémie atténuée et fruste sans localisation, la maladie semble terminée, lorsque survient, après un temps plus ou moins long, un état aigu ou subaigu qu'explique facilement une localisation ; salpingite, congestions pulmonaires, phlegmatia-alba-dolens, affections elles-mêmes ordinairement bénignes.

Nous ne nous étendrons pas sur cette variété que nous décrivons plus loin tout au long sous le nom de « *forme prolongée à localisations successives.* » Nous renvoyons également pour la bactériologie au chapitre qui traite spécialement de cette question.

CHAPITRE IV

FORME LARVÉE

A côté des formes précédentes qui se caractérisent surtout par l'absence de phénomènes graves, existe toute une catégorie de manifestations de l'infection puerpérale qui par l'absence de tous les symptômes ordinaires, mais surtout par l'apparition de phénomènes insolites peuvent égarer pendant longtemps le diagnostic.

Nous les appellerons, à l'exemple de M. Labadie-Lagrave *septicémies larvées*. A l'encontre des formes frustes elles peuvent pendant un certain temps s'accompagner d'un état général grave, mais qui en réalité n'a que peu de durée.

Ces cas ont été connus de tout temps et nous avons vu Puzos indiquer l'existence d'accidents puerpéraux simulant une *fièvre maligne*, d'une fièvre *intermittente*. Mais ils sont devenus de nos jours très nombreux et en général bénins par le fait de l'atténuation et de la transformation de la fièvre puerpérale.

Il nous serait difficile aujourd'hui de donner une classification rationnelle des septicémies larvées, chaque observation connue ayant sa physionomie particulière et chaque jour nous en apportant des exemples différents.

Ces formes peuvent affecter la symptomatologie d'une néphrite, d'un rhumatisme articulaire aigu, d'une fièvre typhoïde, de l'impaludisme, de la granulie, etc.

A. L'une des plus belles observations qu'il nous soit permis de citer est celle que M. Charpentier a communiquée à l'Académie de médecine, dans sa séance du huit septembre 1891 et dont voici le résumé :

La nommée X. secondipare, accouche le 20 juin.

Le 28, grand frisson avec claquement de dents, 40° 8, 130 pulsations. On fait des injections intra-utérines avec une solution de sublimé.

Le 29, l'état général est bon, la malade se sent bien, 38° 5. Pouls à 104. Lochies sans odeur. Involution utérine en bonne voie. Rien dans les culs-de-sac, col béant.

On continue les injections intra-utérines.

Les jours suivants, la température oscille entre 37°, 37° 5, le matin, 40° à 40° 6 le soir. Pouls à 120. On fait le 4^{er} juillet, un curettage qui n'amène qu'une chute passagère de la fièvre. La température remonte le surlendemain à 41°.

Pendant tout le mois de juillet, le tableau morbide reste sensiblement le même. Les frissons se multiplient (on en compta en tout 42) ; la température reste élevée, 40°, 41° au moment des frissons ; dans l'intervalle oscillations entre 38° et 39, quelquefois au-dessous ; le pouls, toujours au-dessus de 100, atteint à plusieurs reprises 124 et 128.

En outre, quelques nouveaux symptômes apparaissent ; des sueurs abondantes, de la dyspnée, une *diarrhée fétide*. *L'état général est moins bon, et pourtant la malade ne présente pas un aspect extérieur en rapport avec sa situation*. Elle est pâle, mais ne se sent pas en réalité trop fatiguée. Elle se désole de la durée de sa maladie, mais n'accuse aucune douleur, et l'examen minutieux du cœur, des poumons, du foie, de la rate, des reins, des organes du bassin, ne fait rien découvrir d'anormal.

Enfin, au commencement d'août, c'est-à-dire six semaines environ après l'accouchement, apparaissent des symptômes de *néphrite intense, albuminurie abondante*, dyspnée, vomissements, douleurs épigastriques, céphalalgie.

Quelle interprétation donner à un semblable état ? Ici les avis sont partagés. Faut-il voir, comme le veut M. Charpentier, une *simple néphrite infectieuse puerpérale*, sans infection généralisée au début, ou selon l'opinion de M. Tarnier une *septicémie généralisée d'emblée*. Malgré l'absence de troubles du côté des organes génitaux, de sensibilité utérine ou abdominale, ou plutôt à cause même de l'absence de tels signes, nous nous rangeons complètement à cette dernière manière de voir. On a eu affaire à cette infection puerpérale à poussées successives dont nous donnons de nombreux exemples confirmés par l'étude microbiologique du sang.

Le livre de M. Hervieux nous fournit plusieurs exemples analogues et très probants. L'observation LXXIII (p. 609) relate l'histoire d'une femme qui au 9^e jour des couches fut prise d'albuminurie et de symptômes généraux graves.

Du 29 décembre 1868 au 4 janvier 1869 on note une faiblesse considérable du pouls qui oscille entre 100 et 108 pulsations. La face est pâle, la langue humide à peine blanche. Il existe une violente douleur épigastrique, des vomissements bilieux, des gardes-robes abondantes et involontaires, une dyspnée intense. (La température n'est pas notée). Jusque là le diagnostic d'infection pouvait être hésitant, lorsque le 6 janvier survint un œdème considérable du membre inférieur gauche accompagné d'une douleur correspondant au trajet de la saphène interne du même côté. Le pouls est à 104, la chaleur de la peau modérée, l'aspect de la face est jaunâtre, la langue blanche, l'appétit disparu. Pas de douleurs abdominales, signes de congestion pulmonaire. Disparition de l'albuminurie.

Les jours suivants, la phlébite du membre inférieur gauche et la congestion pulmonaire du début, continuent à se développer malgré l'amendement notable survenu dans les symptômes généraux.

La malade quitte la Maternité le 29 février complètement guérie.

L'étude de cette observation ne laisse aucun doute, il s'agissait

bien là de septicémie, aussi M. Hervieux la fait-il suivre des considérations suivantes :

Il ne faudrait pas se méprendre sur le rôle qu'a joué l'albuminurie, non plus que sur la valeur symptomatique des phénomènes généraux. L'albuminurie ne s'est pas comportée à la manière d'une lésion grave, elle n'a occupé qu'une place secondaire, et l'explosion de tous les phénomènes observés n'a été que le résultat de l'imprégnation de l'organisme par le poison puerpéral.

A l'époque tardive où les accidents se sont produits, il n'y a que l'empoisonnement puerpéral qui put nous rendre compte de la dépression brusque et générale du système, avec altération profonde des traits, etc.... L'albuminurie n'était elle-même qu'une expression symptomatique s'ajoutant à toutes celles que nous venons d'énumérer ».

Nous pourrions citer encore les observations LXXIX p. 610 et LXXXIV dans lesquelles l'albuminurie survint au 1^{er} et au 14^e jour, sans symptômes locaux appréciables. Rien du côté de l'utérus, rien du côté du péritoine. Le diagnostic ne put être fait qu'en serrant de près les symptômes généraux plus ou moins vagues éprouvés par les malades.

Ces cas rentrent bien dans le cadre de la *septicémie larvée*, et de plus dans celui de la *septicémie atténuée*, or à cette époque déjà M. Hervieux pratiquait l'antisepsie au moyen d'injections vaginales et même intra-utérines à l'eau chlorurée. (Chlorure de chaux) Siredey tout en citant les observations précédentes et d'autres analogues de Rayer, conteste dans ces cas l'exactitude de l'interprétation. Pour lui la néphrite tardive n'a jamais été vue en dehors des accidents utérins et péri utérins. Tantôt l'albuminurie a été contemporaine de la maladie puerpérale, tantôt elle s'est montrée 24 ou 48 heures et même 5 ou 6 jours après (Nous avons vu cependant que dans quelques cas elle semble être l'accident initial, et que de plus

l'examen ne révèle aucune lésion pelvienne. Dans presque toutes nos observations de septicémie fruste il y a eu albuminurie). « L'albumine augmente, diminue avec les lésions pelviennes, et quelquefois les deux affections suivent pour ainsi dire une courbe identique ».

L'observation de M. Bucquoy (*France médicale* 1875) a pu présenter quelques difficultés de diagnostic en l'absence d'examen bactériologique. « Une femme récemment accouchée, qui n'avait présenté d'albuminurie ni avant, ni après l'accouchement fut prise peu à peu des accidents de la maladie de Bright : pâleur de la face, bouffissure, affaiblissement, troubles de la vue, puis diarrhée, vomissements, amblyopie et enfin dyspnée. L'albumine n'apparût dans l'urine qu'avec le début des phénomènes généraux ». A-t-on eu affaire là à une néphrite infectieuse ? Cela ne fait pas pour nous l'ombre d'un doute, et nous croyons que l'examen du sang ou de l'urine eut éclairé d'un jour tout nouveau la pathogénie d'une telle affection en montrant l'organismepathogène.

Dans ces cas en effet il n'y a pas lieu d'incriminer l'influence de l'élévation de la température mais bien plutôt l'irritation superficielle et légère, provoquée dans les cellules des tubuli par les microbes (1). Ce sont là les néphrites infectieuses du professeur Bouchard (BOUCHARD. *Soc. clin.* 1880).

Dans d'autres cas comme ceux de Birch, Hirschfeld, Klebs, Fischer il s'agit de véritables embolies capillaires produites par l'accumulation des micro-organismes.

B. Certaines formes peuvent donner l'apparence de la *Diathèse rhumatismale*, notre observation XX en est un exemple frappant.

(1) Telle est également l'opinion de M. Rendu, *Loc. cit.* p. 225.

OBSERVATION XX.

Mme R. âgée de 29 ans, multipare accouche à terme le 23 juin 1892 chez une sage-femme. Délivrance normale et complète. Injections antiseptiques.

Tout va bien jusqu'au 13^e jour. A ce moment elle commence à éprouver des douleurs dans le côté droit du ventre, dans la hanche et dans la cuisse du même côté. Il n'y a ni œdème de la cuisse, ni empâtement péri-utérin. Température 37° 8 le matin, 39° 4 le soir. Pouls varie de 96 à 100.

Le 16^e jour, les symptômes précédents ayant un peu diminué, la malade est prise de dyspnée, de toux et d'un violent point de côté à gauche du thorax. On constate une congestion pulmonaire double surtout marquée à droite. Crachats sanguinolents. Cet état persiste pendant une quinzaine de jours, avec diarrhée fétide, sueurs très abondantes, état général mauvais. Les urines contiennent une notable quantité d'albumine.

La malade se plaint pendant toute cette période d'une vive douleur dans l'articulation coxo-fémorale droite. La température varie de 38° à 39° et quelques dixièmes.

Le Dr D. qui soigne la malade fait alors appeler un médecin des hôpitaux, qui en l'absence de phénomènes nets du côté de l'utérus et du péritoine n'hésite pas à diagnostiquer une attaque de rhumatisme, compliquée de congestion pulmonaire également rhumatismale. On donne sans résultat du salicylate de soude.

L'état ne s'améliore pas et au 30^e jour la température se maintient au-dessus de 39°. M. Labadie-Lagrave est appelé. Il constate un état général grave, (température 40°). Une dyspnée intense malgré la diminution de la congestion pulmonaire. Le palper réveille des douleurs vives sur les deux côtés de l'utérus encore volumineux, et sur le trajet de la saphène interne droite. Le membre inférieur droit est impotent et le plus léger mouvement provoque une souffrance vive au niveau de l'articulation coxo-fémorale. Le toucher fait constater un empâtement du cul-de-sac droit, qui est le siège d'une douleur exquise.

L'écoulement est franchement purulent. Le ventre légèrement bal-

lonné. Diarrhée jaune, fétide, très abondante. Urine fortement albumineuse. M. Labadie-Lagrave diagnostique une septicémie puerpérale retardée et atténuée avec localisations pulmonaire, veineuse et salpingée. Il nous prie de faire une injection intra-utérine. Nous avons soin de prélever des lochies et du sang et d'ensemencer des tubes de bouillon et d'agar-agar.

Trente-six heures après nous trouvons nos cultures très florissantes et formées de colonies de streptocoques. Les chainettes ont 4 ou 6 éléments, les microcoques et les diplocoques mobiles sont très nombreux.

La sage-femme a dans une autre chambre une femme accouchée depuis dix jours, qui a présenté une élévation de température de 39°5 et dont les lochies sont fétides. Nous prenons également du sang chez cette dernière, et les cultures nous donnent le même résultat (Les injections vaginales au sublimé suffirent à la guérir).

Deux jours après, le résultat des cultures étant connu, nous retournons voir Madame R. L'état général est toujours mauvais, l'utérus laisse écouler un liquide purulent de mauvaise nature. Nous procédons immédiatement au curettage de la cavité utérine et au drainage avec la gaze iodoformée légèrement créosotée.

Les injections intra-utérines sont faites avec la solution de permanganate de potasse.

Les jours suivants le Dr D. continue les injections et le drainage. A partir de cette intervention l'état général s'améliore, la température tombe à 37° et s'y maintient.

A partir du 6 août, tous les symptômes disparaissent, l'œdème de la jambe est inappréciable, l'albumine n'existe plus.

Le 17 août la malade s'étant levée contre l'avis du médecin, un frisson survient et la température remonte à 39°8. Sueurs abondantes. Ventre ballonné douloureux.

Le 18 et le 19 ces symptômes persistent.

Nous voyons la malade le 20 août, la température est tombée, mais nous trouvons tous les signes d'une salpingite droite d'un volume restreint.

Le sang examiné donne des cultures des streptocoques et de microcoques. Les chaînettes n'ont que 3 ou 4 éléments (38^e jour).

La malade revue à la fin de décembre est complètement rétablie.

L'observation précédente montre combien le diagnostic peut être ardu et quel compte il faut tenir d'un état général grave que n'explique aucune localisation importante. Si par une analyse approfondie des signes mêmes insolites, il est possible de déceler la septicémie, l'examen bactériologique des lochies et du sang n'en n'est pas moins d'un grand secours pour élucider complètement la question et pour conduire à une thérapeutique rationnelle.

Ici la présence de streptocoques dans l'utérus, source incontestable de la durée de l'infection nous a amené à procéder au curage, lequel nous a donné un rapide succès. Ce fait serait en contradiction avec les recherches de Bumm. Pour cet auteur en effet, il se produisait au bout de peu de temps une membrane granuleuse formée par la muqueuse néoformée, qui s'opposerait à la pénétration dans la circulation générale des microbes contenus dans l'endomètre.

Nos recherches personnelles tendent bien plutôt à nous faire admettre l'opinion émise par M. Cornil et Widal qui est la suivante. « Parmi les nombreux micro-organismes qui remplissent la cavité intra-utérine, un seul, le streptocoque traverse les parois, par les fentes lymphatiques et les veinules, les autres restent à la surface ». La muqueuse est un véritable crible qui ne laisse passer que le microbe en chapelet. A ce propos nous ferons remarquer, que chez toutes les femmes, atteintes de septicémie, dont nous avons eu l'occasion d'examiner le liquide utérin, *à une période éloignée de l'accouchement* nous n'avons trouvé *que le streptocoque*. Ces malades avaient toutes été soumises au traitement par des injections vaginales et intra-utérines avec des liquides variés, de sorte qu'on peut dire que si le *streptocoque est le seul microbe qui puisse traverser la muqueuse utérine, c'est aussi le seul qui semble résister tout en su-*

bissant une certaine atténuation à la thérapeutique antiseptique. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point au chapitre de la bactériologie.

C. Nous pouvons rapprocher du fait précédent l'observation suivante, dans laquelle le diagnostic de septicémie n'a pu être fait que par l'examen bactériologique (V. obs. XVIII).

Une multipare de 42 ans, accouche en ville de deux jumeaux et se délivre elle-même.

Elle est amenée à la maternité le lendemain. Pendant les 13 premiers jours on ne constate rien du côté de l'utérus, des annexes et du péritoine.

Le 13^e jour la température monte à 40° sans aucune manifestation du côté du système génital. Il n'existe qu'un état général mauvais, des sueurs abondantes, de la diarrhée, mais le ventre est parfaitement indolore dans toutes ses parties.

La malade se plaint d'une vive douleur dans la région précordiale, de dyspnée et de palpitations.

On l'interroge et on apprend qu'elle a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, et qu'elle est restée toujours très souffrante avec des crises de dyspnée et de tachycardie.

A l'auscultation on trouve les signes d'un rétrécissement mitra compliqué d'insuffisance. On perçoit également un frottement très net siégeant en dedans du mamelon. Ce bruit est beaucoup plus perceptible lorsqu'on place la malade sur son séant. La région précordiale est le siège de douleurs spontanées et à la pression.

Du côté de l'utérus et des annexes, les signes sont toujours négatifs; le ventre est souple, indolore, non ballonné. Les lochies sont normales. En un mot rien n'attire l'attention vers les organes génitaux.

La malade est transférée dans le service de M. Labadie 20 jours après sa délivrance, avec le diagnostic de *péricarditerhumatisme*.

La température se maintient autour de 39°. Le traitement est di-

rigé contre les symptômes péricardiques. On se contente, en l'absence de signes utérins, de faire des injections vaginales au permanganate de potasse.

Légère albuminurie.

Le 27^e jour, voyant que l'état général reste toujours mauvais, malgré le peu d'extension de la lésion péricardique, nous inoculons des tubes d'agar et de bouillon avec des lochies et du sang.

Le lendemain, nous trouvons nos cultures des lochies stériles, tandis que celles faites avec le sang sont très florissantes.

On trouve de nombreux streptocoques en chaînettes de 5 à 6 éléments, des microcoques et des diplocoques mobiles.

Immédiatement nous réformons notre diagnostic et nous concluons à une septicémie larvée. La présence des chaînettes dans le sang nous fait craindre l'imminence d'une localisation.

Quarante jours après l'accouchement, l'état général s'aggrave subitement en même temps que la malade se plaint d'une douleur vive dans l'hypochondre droit.

Nous trouvons en ce point un léger empâtement. Vomissements porracés.

Aucun signe dans la sphère génitale au toucher et au palper.

Les jours suivants la douleur, l'empâtement et le ballonnement gagnent tout l'abdomen, les vomissements sont incessants les traits s'altèrent, le pouls très rapide s'affaiblit ; en un mot on a tous les signes d'une péritonite généralisée.

La malade meurt au 49^e jour.

A l'autopsie on trouve le ventre rempli de pus verdâtre. L'intestin ballonné est recouvert de fausses membranes.

Ces dernières sont surtout abondantes et denses autour du foie et dans l'hypochondre droit, point de départ de la péritonite.

Cette forme de péritonite tardive, précédée de phénomènes simulant les manifestations rhumatismales, présentait évidemment les

plus grandes difficultés diagnostic. L'examen des organes génitaux ne révélait aucune localisation phlébitique ou lymphangitique pouvant faire prévoir la venue d'une phlegmasie péritonéale. La bactériologie seule nous indiquait que nous avions affaire à une septicémie et que la malade était en imminence d'une localisation quelconque. Le péritoine a été pris d'emblée, dans la région des hypochondres, alors que l'utérus et ses annexes étaient sains et ne renfermaient plus de microbes pathogènes. Notre observation outre les difficultés de diagnostic et le début retardé, est un exemple frappant de la *péritonite générale d'emblée*, survenant dans le cours d'une septicémie, telle que l'a décrite M. Hervieux dans les lignes suivantes :

« Tout en reconnaissant que la péritonite étendue à la totalité de la séreuse abdominale paraît avoir pour point de départ le plus habituel une altération de l'utérus et des annexes, que de ce point l'inflammation a dû s'irradier sur les diverses parties du péritoine, je dis que les choses ne se passent pas toujours ainsi : je dis qu'à côté des péritonites *généralisées* proprement dites, il y a des péritonites générales d'emblée, dans la production desquelles la lésion de l'utérus et de ses annexes n'entre évidemment pour aucune part. Deux ordres de preuves peuvent servir à établir l'existence de la péritonite générale d'emblée. Les unes se déduisent de l'investigation clinique, les autres de l'examen cadavérique.

Cliniquement parlant, la péritonite générale d'emblée s'affirme par une invasion brusque de toutes les parties du péritoine sans exception, par une sensibilité qui n'a pas son siège principal dans la région utérine, mais qui règne également dans la totalité de la séreuse et qui présente même parfois ses manifestations les plus vives dans les deux hypochondres et dans la zone épigastrique.

La démonstration in cadavere est encore plus irréfutable.

Il est des péritonites qui nous offrent la preuve matérielle que la

phlegmasie a sévi avec une égale intensité sur toutes les parties du péritoine sans distinction, etc. (P. 95).

Il peut n'y avoir aucune modification pathologique appréciable soit dans la matrice, soit dans les annexes (1).

D. La septicémie puerpérale prise pour la *fièvre intermittente* légitime n'est pas un fait nouveau : Puzos, Cerri, le professeur Pajot ont été témoins de cas semblables. Les observations de Cerri nous montrent toute une épidémie prenant le caractère de la périodicité. Le diagnostic devient surtout difficile en l'absence de tout signe du côté des organes génitaux.

Voici à ce propos comment s'expriment MM. Tarnier et Budin dans leur traité d'accouchement, (T. II. P. 23). « Un frisson qui éclate pendant les suites de couches est toujours très inquiétant. Toutefois si on ne trouve nulle part, ni dans les organes génitaux, ni dans l'abdomen, ni du côté des seins, une lésion qui puisse expliquer ce frisson, on doit penser à la possibilité d'une fièvre intermittente, non seulement chez les femmes qui ont ressenti antérieurement les atteintes de cette maladie, mais encore chez celles qui, sans avoir eu de fièvre ont été simplement exposées à l'empoisonnement paludéen ou tellurique, car la fièvre peut n'apparaître que plusieurs mois après cet empoisonnement. Tarnier a vu une fièvre intermittente avec frisson survenir, chez deux nouvelles accouchées qui avaient habité Rome où elle n'avaient cependant pas été malades et dont elles étaient parties depuis plusieurs mois.

Dans ces deux cas le sulfate de quinine arrêta brusquement les accidents (Budin cite un cas analogue).

Du reste, le pronostic des suites de couches ne serait nullement

(1) HERVIEUX. *Loc. cit.* p. 94, 95, et suiv.

aggravé par l'irruption de la fièvre paludéenne, car sur 90 cas observés, il n'y aurait pas eu de décès (1) ».

M. Ren du de son côté nous indique dans son article sur la fièvre puerpérale combien le diagnostic peut être difficile.

« Quelquefois les formes pyohémiques, dit-il (2), débutent par des accès fébriles franchement intermittents, et il est fort difficile de savoir si l'on n'a pas affaire à de la malaria véritable. Fordyce-Barker (3), dans une note intéressante sur ce point spécial, insiste sur ce que le frisson de la malaria est plus intense que celui de la septicémie, et les sueurs plus profuses ; mais la distinction entre ces deux états est loin d'être toujours possible à établir.

Le sulfate de quinine est la pierre de touche de la spécificité des accès : très efficace dans les cas de fièvre intermittente légitime, il n'agit que d'une façon incertaine dans la septicémie.

D'ailleurs les deux états coexistent quelquefois, et même, s'il faut croire S. Jones (4), la malaria conduirait à la septicémie par la température élevée qu'elle détermine : il croit en effet que sous l'influence de l'hypothermie, surtout si celle-ci persiste quelque temps, les caillots sanguins intra-utérins se décomposent et deviennent l'origine d'un empoisonnement puerpéral. La même question a été soutenue devant la société obstétricale de Londres ».

L'observation XII dont nous donnons ici le résumé est complexe, mais pendant longtemps le diagnostic de fièvre intermittente aurait pu être posé.

(1) BILLON. th. Paris, 1892.

CUZZI. *An. di. obst.* t. II. p. 552.

BINEAU. *Rev. méd. et de Chir.* t. IV, p. 214, 1880.

F. BARKER. *Am. Jour. of. obst.* t. XIII, p. 271, 1880.

P. MUNDÉ. *Am. Journ. of. obst.* t. XV, p. 906, 1882.

(2) RENDU. *Loc. cit.* p. 324.

(3) FODYCE-BARKER. *Malarial puerpéral fièvre* : (*Bolton médical, and. surg. journ.* mars 1880).

(4) S. JONES.

OBSERVATION VII

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE PROLONGÉE. — ACCÈS INTERMITTENTS QUOTIDIENS. — BRONCHO-PNEUMONIE. — LÉGÈRE PHLEGMATIA ALBA-DOLENS.

La nommée Cécile J. primipare de 24 ans, accouche le 17 décembre 1891. Délivrance artificielle suivie d'injections intra-utérines antiseptiques.

Le 20 décembre la température monte le soir à 38° 6.

Du 21 au 26 de grandes oscillations thermiques se produisent. La température monte le soir à 39° 8 pour redescendre le matin à 37 degrés et même au-dessous.

Chaque élévation de température est précédée d'un frisson violent avec claquement de dents, chaleur et sueurs abondantes.

Le 27 deux grands frissons se produisent, l'un le matin et l'autre le soir et la température atteint le chiffre énorme de 41° 8.

Aucun signe du côté des organes génitaux. Le ventre est à peine météorisé.

Congestion pulmonaire droite, dyspnée.

La malade est amenée dans le service de M. Labadie-Lagrave le 30 décembre.

L'état général paraît assez grave; après chaque accès fébrile les sueurs sont très abondantes, la malade a beaucoup de peine à se réchauffer, la température tombant souvent à 36°. La rate et le foie sont volumineux. Aucun signe notable du côté du système génital.

A partir de ce moment la congestion pulmonaire s'amende, mais les frissons, les élévations de température exagérées suivies d'hypothermie se succèdent quotidiennement. Le sulfate de quinine donné à la dose de 1 gr. 50 ne produit aucun résultat.

Le 1^{er} février 1892, au moment où nous entrons dans le service, la malade est toujours dans le même état. L'état général s'est aggravé. Légère albuminurie.

Toujours de grandes oscillations thermiques, que n'expliquent ni l'état des organes génitaux ni même la congestion pulmonaire.

Le 8 février la dyspnée, la toux subissent une recrudescence, la température monte à 41°2 le soir. Les râles, le souffle sont devenus plus intenses du côté droit du poumon.

Du côté gauche également, les râles crépitants fins, le souffle indiquent l'existence d'un nouveau foyer de broncho-pneumonie. La congestion des deux lobes pulmonaires est généralisée.

En présence de ces signes, de la montée de la température et de l'absence de phénomènes génitaux, nous nous demandons si nous n'avons pas affaire à une *tuberculose pulmonaire généralisée*, à une granulie.

Les crachats examinés sont caractérisés par l'absence de bacilles de la tuberculose et par la présence de longues chainettes de streptocoques et de diplocoques encapsulés.

Les cultures du sang sur agar et dans le bouillon, très florissantes sont formées par le streptocoque et ses autres variétés à l'état de pureté.

Nous portons le diagnostic de *septicémie puerpérale prolongée* avec localisations pulmonaires.

Du 10 au 22 février, toujours des frissons et de fortes élévations de température, suivis de sueurs et d'hypothermie. On voit naître dans les deux poumons de nouveaux foyers de broncho-pneumonie.

A partir du 23, la température est moins élevée après le frisson, les signes pulmonaires diminuent, l'état général devient meilleur, la malade commence à s'alimenter.

Les streptocoques persistent dans le sang mais leurs chainettes n'ont plus que 3 à 4 éléments. Elles finissent par disparaître et l'on ne trouve plus que du microcoque.

Le 13 mars la malade se lève. Quelques jours après elle est prise d'une légère phlegmatia-alba-dolens de la cuisse gauche qui disparaît rapidement par l'immobilisation.

La malade sort le 16 avril complètement rétablie (Les cultures du sang faites ce jour là et un mois après, à son retour du Vésinet restent stériles).

La maladie avait duré près de quatre mois.

Comment interpréter les accès fébriles intermittents présentés par cette malade pendant tout le cours de l'affection ? Devait-on penser à l'impaludisme en présence d'accès qui en étaient la représentation exacte et en l'absence de phénomènes génitaux ? Mais d'un côté cette femme n'avait aucun antécédent paludéen, de l'autre le sulfate de quinine était sans résultat.

Fallait-il incriminer la congestion pulmonaire ? Cet état au début n'était pas assez intense pour produire des températures de près de 42°, et une telle lésion n'est ordinairement pas accompagnée de chutes de température allant jusqu'à l'hypothermie. On ne pouvait penser jusque-là qu'aux accès périodiques de la septicémie. Mais lorsque survinrent les foyers de broncho-pneumonie, la congestion généralisée, toujours accompagnée d'accès intermittents, ne devait-on pas porter le diagnostic de *granulie* ? Ici la clinique était en défaut et il ne fallait rien moins que l'examen microscopique des crachats, les cultures du sang pour nous montrer que la malade était toujours sous le coup de la *septicémie puerpérale*. La venue tardive de la légère phlébite confirma plus tard ce diagnostic.

Les diverses variétés de *septicémie* puerpérale larvée que nous venons de relater présentent de telles différences qu'il nous serait impossible d'en tracer les caractères généraux dans une vue d'ensemble. Il est d'ailleurs à prévoir que l'infection pourra revêtir des physionomies les plus diverses et tout à fait différentes de celles qu'il nous a été donné d'observer. M. L. Lagrave n'a-t-il pas publié une observation dans laquelle le diagnostic fut des plus difficiles établir entre l'infection puerpérale et l'intoxication mercurielle ? (Obs. IV. Loc. cit.).

En présence d'une malade, accouchée récemment et présentant des signes incertains, le devoir du médecin sera d'analyser atten-

vement l'état général, qui là est au point de vue clinique la pierre de touche du diagnostic.

Dans de semblables formes la plupart des symptômes manquent, aussi sera-t-il nécessaire d'attacher la plus grande importance à ceux qui existent :

Une élévation de température précédée de frissons, une albuminurie légère, la diarrhée, l'inefficacité du traitement médical, sont autant de signes qui doivent rapidement conduire dans la voie d'une bonne interprétation. L'examen *bactériologique des lochies et du sang viendra confirmer le diagnostic*. Il en sera de même de l'arrivée tardive d'une localisation quelconque, *salpingite, phlébite, etc.*

E. Si bien souvent la septicémie puerpérale peut simuler des maladies différentes, il existe aussi des états qui peuvent être pris pour l'une de ces formes. Pendant notre internat dans le service de M. Budin à la Charité, nous avons été témoin d'un cas de *stercorémie*, qui pendant quelques jours, aurait pu faire penser à l'éclosion d'une péritonite puerpérale, nous en avons observé cette année, à la Maternité, un semblable que nous donnons ici in-extenso.

OBSERVATION XXI

STERCORÉMIE AYANT DONNÉ LES SIGNES D'UNE PÉRITONITE PUERPÉRALE SURAIGÛE. — GUÉRISON. — EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DU SANG ET DES LOCHIES NÉGATIFS.

La nommée P. L. âgée de 29 ans. VIII pare.

Entrée le 11 janvier 1893 dans le service d'accouchement.

Entrée le 15 janvier salle Mauriceau.

Réglée à 15 ans irrégulièrement.

La malade a eu huit grossesses normales.

Elle a été opérée d'une hernie inguinale gauche. Cure radicale le 17 octobre 1890.

La malade a toujours souffert de constipation opiniâtre, mais surtout depuis l'opération de la hernie. Elle était souvent 3 ou 4 jours sans aller à la selle.

Dernière grossesse commence en mai 1892, vomissements et constipation.

Accouchement au terme de 8 mois le 12 janvier 1893. Depuis quinze jours elle souffrait de coliques qu'elle attribuait non à des douleurs utérines, mais à la constipation. Les matières rendues étaient dures. (Seyballes).

Accouchement par le siège en S. I. G. A. le 12 janvier 1893, à 3 heures 14 du matin.

Enfant pesant 2.250 gr.

Délivrance naturelle et complète 5 minutes après l'expulsion du fœtus.

On pratique aussitôt après la délivrance une injection intra-utérine avec la solution de permanganate de potasse et celle de sublimé.

Le 12 Janvier. — La température est de 37°, matin et soir le pouls à 70. Douleurs dans le côté droit du ventre.

13 Janvier. — Dans la nuit, la malade a souffert de violentes douleurs dans le côté droit de l'abdomen, et a commencé à vomir des matières alimentaires.

Le matin la température est de 36° 8, le pouls reste à 70. Les douleurs du ventre deviennent de plus en plus violentes, l'abdomen se ballonne et la plus légère pression y provoque des souffrances intolérables. Les vomissements changent de nature et deviennent porracés.

La malade n'est pas allée à la selle depuis trois jours et n'a rendu aucun gaz. Les lavements qu'on lui administre n'ont aucun résultat.

Le soir la température monte à 39°. Pouls à 110. On fait deux injections intra-utérines. Les urines peu abondantes sont légèrement *albumineuses*.

14 Janvier. — La température se maintient le matin à 39°4, le soir 38°4. Pouls à 110 et 130.

Les vomissements continuent, ils sont toujours verdâtres, porracés. Le facies s'altère de plus en plus, face pâle, nez effilé, pincé, yeux excavés. Sueurs froides.

Ventre extrêmement ballonné et douloureux, on continue les injections intra-utérines, malgré l'absence de fétidité des lochies. Au toucher l'utérus et les culs-de-sac sont douloureux.

La malade ne rend ni gaz ni matières.

15 janvier. — La température tombe brusquement à 36° tandis que le pouls se maintient à 120.

La malade est passée dans le service de M. Labadie-Lagrave, salle Mauriceau n° 10.

Les symptômes deviennent de plus en plus alarmants, les vomissements sont incessants toujours porracés, mais ne prennent à aucun moment le caractère fécaloïde.

Le ventre extrêmement ballonné est douloureux dans toutes ses parties, au point de ne pouvoir supporter la pression du drap. Les souffrances sont surtout vives à droite de l'utérus.

Facies péritonitique.

Pouls rapide, petit, dépressible.

Sueurs froides, dyspnée intense.

Devant la gravité des symptômes on fait appeler M. Guéniot chirurgien en chef de la maternité.

Le diagnostic offre des difficultés insurmontables : y-a-t-il occlusion intestinale ou péritonite aiguë ? D'un côté l'abaissement de température, la constipation, les antécédents hémiaires, le ballonnement excessif du ventre plaident en faveur de l'étranglement interne, de l'autre l'élévation de température des jours précédents, les caractères du pouls, les vomissements, la douleur vive sur les côtés de l'utérus, et surtout celle des culs-de-sac sont en faveur d'une péritonite aiguë. Après une longue discussion on se range au diagnostic de *péritonite*. M. Guéniot déclare qu'il n'y a pas lieu d'intervenir.

On applique sur le ventre des sacs de glace. Les douleurs abdominales sont tellement violentes qu'on est obligé de pratiquer des injections de morphine.

16 janvier. — Les symptômes graves persistent. Douleurs violentes, ballonnement extrême. La température se relève peu à peu et monte de 36°8 le matin à 38°2 le soir. Le pouls est toujours très rapide, vomissements abondants. Constipation continue. Lavements sans résultats.

Examen bactériologique. — Des cultures faites avec du sang, et des lochies, le 15 janvier, sur bouillon et agar-agar, sont restées stériles après 36 heures de séjour à l'étuve. Nous commençons à douter de l'infection puerpérale et nous pensons à la *stercorémie*.

Le 17 janv. — La température reste matin et soir à 38°. Les symptômes généraux semblent cependant s'amender, le ventre est un peu moins douloureux. On prescrit 30 gram. d'huile de ricin. La malade a à la suite une débâcle considérable. Les douleurs du ventre cessent subitement ainsi que le ballonnement.

Le 18 janv. — La température revient à 36°6. Il n'y a pas d'évacuation pendant cette journée, aussi la température remonte-t-elle à 38° 6 le soir. Le pouls restant aux environs de 100.

Le 19 janv. — Nouvelle purgation énergique. Le lendemain la température s'abaisse et se maintient autour de 37° jusqu'à la sortie de la malade. On a eu soin de donner tous les jours des lavements et de légers laxatifs.

Parmi les symptômes présentés par la malade, deux avaient une grande valeur; l'absence de toute *évacuation gazeuse* ou *stercorale* et l'*hypothermie*; la diarrhée et l'élévation de température sont plutôt le fait de la péritonite puerpérale. Quelquefois cependant, et tel fut le cas de M. Budin (1), l'élévation de température persiste, et les évacuations sont assez abondantes pour que l'attention ne soit pas attirée de ce côté.

(1) M. BUDIN dans sa clinique de 1891, à propos des accidents que peut produire la rétention des matières fécales pendant la grossesse, l'accouchement et les suites

Quoi qu'il en soit l'examen bactériologique du sang et des lochies nous a été d'une grande utilité en démontrant l'absence dans ces liquides du streptococcus pyogènes agent de l'infection puerpérale.

F. Grippe et infection puerpérale. — Une question très épineuse et très difficile à trancher est celle de l'influence réciproque de la grippe et de la puerpéralité en temps d'épidémie. Nous n'avons pas eu, pendant notre passage à la Maternité l'occasion d'observer l'influenza pendant les suites de couches, aussi nous contenterons nous de citer le travail de M. L.-Lagrange sur ce sujet :

Quant aux suppurations, dit l'auteur (1), qui viennent compliquer la grippe, elles sont bien certainement dues à une infection surajoutées. Mais lorsqu'il s'agit d'une nouvelle accouchée, la question présente un intérêt tout particulier. Le streptocoque est ordinairement l'agent des suppurations secondaires, de la grippe, c'est aussi l'agent le plus commun de l'infection puerpérale. Il est logique d'admettre que l'infection puerpérale à streptocoques peut venir compliquer la grippe... La plaie utérine crée même à cet organisme une porte d'entrée particulièrement facile dans un organisme déjà affaibli et mis en état de réceptivité par l'influenza.

Seulement, si la pathogénie de cette complication est facile à élucider, le diagnostic peut présenter de sérieuses difficultés. Il

de couches, relate plusieurs cas de stérécémie qu'il a observé en 1877, 1879 avec M. Tarnier, 1883.

Il cite également les travaux de Malvoz (1), l'observation de MM. CHANTEMESSE LÉGRY, VIDAL (*Bull. Méd.* 1890) qui ont montré comment le bactérium coli commune pouvait être un agent de péritonite par son passage de l'intestin dans la cavité péritonéale.

(1) MALVOZ. Le bact. col. com. agent habituel des péritonites, d'origine intestinale. *Arch. de méd. expér. et d'anat. path.* 1892, n° 5.

(1) LABADIE-LAGRAVE. La grippe à la Maternité. Etude sur l'influence de la grippe chez la femme enceinte et accouchée. *Médecine moderne*, 1891.

n'est pas aisé de faire le départ entre les symptômes dus à la grippe et ceux qui relèvent d'une infection puerpérale secondaire.)

Fièvre quelquefois très élevée, irrégulière, frissons répétés, vomissements, diarrhée, albuminurie, douleur des hypochondres, etc., tout peut être commun aux deux affections, jusqu'à la phlegmatia ! L'observation IX est un bel exemple des difficultés que peut présenter le diagnostic : la malade est prise brusquement, en temps d'épidémie, de courbature et de fièvre avec frissons, diarrhée profuse ; elle accouche 9 jours après. Le diagnostic de grippe paraît bien s'imposer. Dans les jours qui suivent l'accouchement, la fièvre avec ses grandes oscillations, les frissons, la diarrhée persistent ; il s'y ajoute de la dyspnée et de la toux avec des vomissements. Aucun symptôme de localisation ni vers l'abdomen ni ailleurs. En l'absence de cette grippe qui a débuté avant l'accouchement, on n'hésiterait pas à affirmer l'existence de l'infection puerpérale : mais ici, étant donné ce que nous savons des allures protéiformes de l'épidémie, étant donnée la similitude presque absolue des symptômes présentés par la malade après et avant son accouchement, on a lieu d'hésiter. Enfin apparaît la douleur hépatique avec ictère et l'infection purulente n'est pas douteuse. Mais le pronostic n'est que trop certain aussi ; déjà il est, hélas ! trop tard pour agir.

Au contraire, si le diagnostic d'infection puerpérale avait été fait dès le début, un traitement local approprié aurait peut-être pu enrayer les accidents.

Malheureusement, nous ne connaissons pas le signe diagnostic sûr entre certains cas de grippe et l'infection puerpérale sans symptômes abdominaux. La durée même de la fièvre est un signe insuffisant, puisqu'on l'a vue dans la grippe se prolonger jusqu'au 24^e jour, en l'absence de toute complication viscérale appréciable.

Dans le doute, nous estimons qu'il faut se comporter comme s'il s'agissait d'une *septicémie puerpérale*. En particulier, si les

oscillations thermiques sont marquées les frissons violents et répétés, plusieurs fois par jour, avant même que le facies de la malade prenne ce ton terreux qui est un des meilleurs signes de la suppuration, il faut faire immédiatement de l'antisepsie intra-utérine, sans attendre une confirmation trop tardive du diagnostic.

CHAPITRE V

FORME PROLONGÉE

Les septicémies puerpérales à début retardé et à localisations successives et variées sont peut-être après les infections frustes les plus fréquentes parmi les diverses formes de l'infection atténuée. Il semble même que l'organisme pathogène a d'autant plus d'aptitude à localiser son action, que sa virulence a subi un degré plus grand d'atténuation. Une première atteinte de septicémie fruste, en apparence guérie, ne met pas toujours la malade à l'abri d'une récurrence, et le plus souvent on observe après une période d'accalmie plus ou moins longue des accidents locaux successifs, ou une réapparition de la septicémie pure.

Nous avons déjà donné au chapitre des fièvres frustes et à celui des fièvres larvées plusieurs observations qui caractérisent suffisamment la marche des septicémies prolongées. L'observation VI en particulier est un exemple d'infection à début retardé jusqu'au 10^e jour, et se continuant après une septicémie fruste par une phlegmatia dolens, et une salpingite droite, localisations séparées par des périodes apyrétiques. Nous nous contenterons de résumer ici l'observation IX qui à cet égard est un type de septicémie prolongée.

OBSERVATION IX (*Résumée*).

ABCÈS DU SEIN. -- HYDARTHROSE DES DEUX GENOUX PRÉCÉDANT UNE
DOUBLE PHLEGMATIE. — SALPINGITE DROITE. — GUÉRISON

V. Léontine accouche normalement et à terme le 19 janvier 1892.

Le 25 janvier température monte à 38°6, pouls à 100 ; on attribue, en l'absence de signes utérins, la fièvre à des gerçures du sein droit accompagnées de trainées lymphangitiques.

Le 28, douleurs de ventre, sans ballonnement, sac de glace sur l'abdomen, sulfate de quinine, injections intra-utérines antiseptiques.

Le 29 la température monte à 39°8.

Les jours suivants un abcès du sein en formation provoque des frissons répétés, avec des températures de 39° *Légère albuminurie*.

Le 8 février on ouvre l'abcès du sein une première fois, une seconde fois le 16 février.

A partir de ce jour la température reste autour de 37° jusqu'au 22 février.

Le 22 et les jours suivants, la température monte à 39°2. On constate d'abord une hydarthrose du genou gauche qui est bientôt suivie d'une phlébite de la saphène interne du même côté.

Le 3 mars nouvelle hydarthrose du genou droit suivi d'une phlegmatia le 10 mars.

Le 14 la température revient à la normale, les douleurs disparaissent mais le liquide persiste encore longtemps dans les articulations.

Le 25 mars, bien qu'il n'y ait ni élévation de température, ni ballonnement du ventre, ni écoulement utérin la malade se plaint de vives douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Le toucher et le palper combinés nous permettent de constater une salpingite droite, du volume d'une châtaigne et très douloureuse à la pression. (On se contente de faire des injections chaudes antiseptiques).

Le 6 mai sans cause appréciable, la température monte à 39°. On note seulement des douleurs dans les articulations.

A partir de ce moment, les douleurs, le gonflement, la salpingite disparaissent graduellement et la malade sort guérie du service.

Examen bactériologique. — A l'entrée, culture du sang. Streptocoques en chaînettes de 4 à 5 éléments. Cultures des lochies restent stériles. L'examen est continué tous les 4 ou 5 jours.

On note la persistance des microbes dans le sang, malgré l'absence de fièvre, et la diminution progressive du nombre des éléments des chaînettes.

L'élévation de température du 6 mai coïncide avec la réapparition des longs chapelets dans le sang.

Ils diminuent ensuite de longueur et tous les microbes finissent par disparaître à partir du mois de juin.

L'étude de cette observation nous indique bien la caractéristique des infections prolongées, poussées septicémiques, localisations séparées par des périodes pendant lesquelles l'absence de tout symptôme peut faire croire à une guérison complète et définitive. Mais d'un autre côté les *examens bactériologiques suivis*, viennent en aide à la clinique en montrant que le corps du délit, le streptocoque persiste dans le sang, et que le calme apparent est un calme trompeur qui sera suivi à une plus ou moins longue échéance d'accidents nouveaux.

L'apparition de longues chaînettes, après une première disposition nous a toujours paru l'indice d'une localisation imminente.

Dans une telle forme, l'état général n'est jamais atteint bien sérieusement et chaque nouvelle poussée est accompagnée de symptômes de moins en moins importants. Notre observation nous montre même une inflammation salpingienne s'établissant tardivement sans élévation de température. L'agent infectieux semble perdre de sa virulence et de son activité avec chaque localisation qu'il provoque.

Notre collègue et ami Teissier a bien voulu nous communiquer

une observation qui est la preuve péremptoire de ce que nous venons d'avancer, nous la donnons ici résumée :

OBSERVATION XXII (TISSIER).

LOCALISATIONS SUCCESSIVES PROGRESSIVEMENT ATTÉNUÉES D'UN STREPTOCOQUE CHEZ UNE FEMME EN ÉTAT DE PUERPÉRALITÉ.

Femme accouchée normalement (17 janvier). Au 3^e jour élévation de température 39°. La fièvre dure 48 heures. Légères douleurs dans le bas-ventre. Dix jours après son entrée, elle quitte le service d'accouchement paraissant guérie (27 janvier). Le lendemain la fièvre reparait, lochies fétides.

Elle entre dans le service de médecine le 6 février, pas de fièvre. Lochies un peu fétides. Rien à noter du côté du ventre et des annexes. Utérus en rétroversion, encore volumineux.

Le 9 février début d'un abcès du sein droit. Rien du côté du mamelon. Compression.

19 février on incise l'abcès. Pus examiné contient des streptocoques à l'état de pureté.

48 heures après douleurs et gonflement du sein gauche, disparaissent en 24 heures sous l'influence de la compression.

La malade paraît guérie lorsque le 28 février elle est atteinte d'une angine rappelant assez nettement les caractères de l'angine scarlatineuse pseudo-diphthéritique.

Dans les fausses membranes on trouve également le microbe en chaînettes.

La malade sort le 10 mars 1892, complètement guérie.

Examen bactériologique.

1° Pus de l'abcès du sein ensemencé donne au bout de 24 heures des chaînettes de streptococci à l'état de pureté absolue.

La culture de bouillon est inoculée à la dose d'un centigr. dans la veine auriculaire d'un lapin qui meurt au bout de 48 heures, d'infection généralisée.

2^o Le produit pseudo-membraneux de la gorgeensemencé donne également le streptocoque pur. Les colonies sont peu abondantes sur agar. Léger dépôt dans le bouillon.

Le 3^e jour de la culture inoculation à un lapin qui résiste.

Notre collègue fait suivre son observation des réflexions suivantes : « Il s'agit à n'en pas douter d'une infection puerpérale peu intense, ayant déterminé des localisations successivement disséminées d'un streptococcus à virulence progressivement atténuée. Faut-il penser qu'il s'agissait d'un streptocoque primitivement peu virulent, ou faut-il croire à un organisme en état suffisant de résistance » ?

Nous pensons comme lui que le microbe a diminué de virulence avec chaque localisation, mais il n'en reste pas moins certain qu'il avait déjà subi une forte atténuation dès le début pour ne provoquer qu'une septicémie légère, tout à fait fruste.

Nous trouvons dans l'observation II du travail de M. Labadie-Lagrave (1) un fait du même genre et dans lequel la localisation a été plus tardive encore.

Une femme accouchée à terme, délivrée normalement est atteinte pendant six ou sept jours de septicémie, sans localisation si ce n'est une légère endométrite, puis tout disparaît sous l'influence de l'antisepsie. La malade sort complètement guérie du service. Trois mois après cette femme rentre pour une périmétrite des mieux caractérisées. C'est en quelque sorte, dit l'auteur, la signature de l'infection qui a donné lieu à deux poussées, la première généralisée, la seconde

(1) LABADIE-LAGRAVE et GOUJET. *Loc. cit.*

localisée, le microbe s'étant secondairement cantonné au voisinage de l'utérus.

Ces septicémies atténuées ne sont-elles pas d'ailleurs de l'aveu de tous les auteurs modernes, l'origine de la plupart des nombreuses affections utérines, périutérines et salpingiennes qui encombrent aujourd'hui les services de gynécologie.

CHAPITRE VI

FORME DIPHTÉROÏDE

La plupart des auteurs qui ont décrit cette variété d'infection puerpérale, l'ont considérée comme de la plus haute gravité, tout en lui assignant une pathogénie différente. « Les uns, dit M. Vidal, loc. cit. p. 53) considèrent la diphtérie puerpérale comme une forme d'infection spéciale ; les autres n'y voient aucune différence avec la diphtérie légitime. L'examen microbiologique, pratiqué dans les cas où la fausse membrane s'observe à l'état pur et dans ceux où elle est associée au pus, prouve l'inexactitude de l'une et l'autre opinion », et plus loin p. 57 : « 1° Les fausses membranes fibrineuses, développées au cours de l'infection puerpérale, n'ont pas la moindre communauté d'origine avec celle de la diphtérie légitime ; 2° Elles ne sont pas davantage l'expression d'une entité morbide particulière ; elles ont une même provenance que le pus des abcès et sont produites par l'action du streptococcus pyogenes ».

M. Vidal donne à l'appui de son dire deux autopsies qui montrent bien que le microbe en chaînettes peut non seulement causer les fausses membranes vulvaires et utérines, mais encore celles qu'on rencontre dans le péritoine.

La question de pathogénie est bien claire maintenant, mais nous voudrions montrer que si la forme diphtéroïde est le plus souvent douée d'une léthalité exceptionnelle elle peut aussi se manifester

avec les caractères d'atténuation que revêtent les autres variétés d'infection.

L'observation suivante, qui pourrait être placée avec les formes prolongées nous édifiera à cet égard :

OBSERVATION XVI.

SÉPTICÉMIE PUERPÉRALE A FORME DIPHTÉROÏDE. SALPINGITE DOUBLE. — (Femme morte, un an après son accouchement, de cancer généralisé).

S. Honorine 21 ans, primipare, accouche le 19 février. (Antiseptie intra-utérine) 20 février, élévation de température 39° 6. Les jours suivants la température s'élève encore et atteint 40° 2 le soir.

Le 5 mars 41°, pouls 130. Pendant cette période, malgré l'hyperthermie, l'état général reste bon, et aucun symptôme du côté des organes génitaux n'est observé. On pense à une fièvre typhoïde.

Le 6 mars elle est conduite dans le service de M. L.-Lagrange. On fait le diagnostic d'infection puerpérale fruste; et devant la bénignité des symptômes généraux; l'absence de signes du côté de l'utérus et des annexes, on se contente de faire des injections intra-utérines antiseptiques, et de donner 1 gr. de chlorhydrate de quinine.

Le 8 mars, l'examen au spéculum montre une plaque pseudo-membraneuse, d'un blanc éclatant; recouvrant le col et les culs-de-sac vaginaux. Cette fausse membrane, très adhérente, est incrustée dans la muqueuse, et il faut une curette pour pouvoir en obtenir un lambeau. Au-dessous la muqueuse est saignante et granuleuse.

Badigeonnage de la fausse membrane avec une solution de chlorure de zinc au 1/10.

Bactériologie.

Parcelle de fausse membrane, microbes en points et en chaînettes:

Culture du liquide qui imprègne la fausse membrane, streptocoques, et

bacille à espace clair qui disparaît rapidement à la faveur de l'antisepsie:
Sang, streptocoque à l'état de pureté.

Le 10 mars, la fausse membrane a envahi, non seulement le vagin, mais encore l'utérus.

On fait un curettage avec la curette mousse d'abord, mais l'adhérence des plaques est telle qu'on est obligé de le terminer avec la curette tranchante.

Drainage à la gaze iodoformée légèrement créosotée:

Les jours suivants l'état général reste toujours satisfaisant, mais les fausses membranes remplissent de nouveau l'utérus et s'étendent du vagin à la vulve et au clitoris.

On les enlève chaque jour, mais le lendemain elles se reproduisent. Elles ne contiennent plus à ce moment que le streptocoque.

On essaie inutilement pour combattre l'envahissement le sublimé, le chlorure de zinc, la créosote, la teinture d'iode, les solutions naphtolée, l'eau oxygénée.

Le 23 mars on emploie pour la première fois la solution de permanganate de potasse et l'on est tout surpris le lendemain de ne plus trouver trace de fausses membranes. A leur place on trouve une muqueuse granuleuse, et saignant au moindre contact.

A partir de ce moment les mêmes injections sont continuées, et on constate la disparition des microbes dans les liquides utérins et vaginaux. Par contre les streptocoques persistent dans le sang.

Le 27 mars congestion pulmonaire droite, streptocoque et diplocoque dans les crachats.

Du 22 au 24 mai apparition de deux tumeurs salpingiennes, accompagnées d'élévation de température.

Depuis la disparition des fausses membranes de l'utérus et du vagin, ces organes se sont cicatrisés, mais en se rétrécissant de plus en plus malgré tous nos efforts pour empêcher cette atrophie. L'utérus finit, malgré les dilatations successives par n'avoir plus que 3 centim. 1/2 de profondeur. Le vagin très rétréci est devenu lisse et brillant.

Peu à peu les streptocoques disparaissent du sang, les salpingites dimi-

nuent de volume et n'atteignent plus que celui d'une châtaigne.

La malade était guérie de sa septicémie, elle mourut dans les premiers jours de février 1893 de cancer du poumon, généralisé aux ganglions trachéaux et péritonéaux.

L'autopsie permit de constater l'atrophie cicatricielle des organes génitatux utérus et vagin. Seul les trompes hypertrophiée contenaient un pus caséux, presque solide, et paraissant avoir perdu sa virulence.

Voilà donc une femme qui a été atteinte de septicémie prolongée à forme diphtéroïde, le microbe de la fausse membrane et du sang était encore un streptocoque, mais un streptocoque atténué (Voir également l'observation XV et l'observation I).

Nous ferons remarquer ce fait intéressant, à savoir qu'alors que tous les antiseptiques avaient été insuffisants, quelques injections d'une solution au millième de permanganate de potasse firent disparaître toutes les fausses membranes en vingt-quatre heures.

CHAPITRE VII

FORME PHLÉBITIQUE

(Phlegmatia alba dolens puerpérale).

La phlegmatia-alba-dolens des suites de couches, connue depuis Mauriceau et Puzos, a été l'objet des théories pathogéniques les plus diverses qu'on trouvera consignées dans la thèse de M. Troisième (1) (1880).

L'idée de cause infectieuse et microbienne, déjà en germe dans les esprits depuis les études faites sur les micro-organismes, a été émise pour la première fois par M. Hutinel en 1883 (2).

M. Siredey soutint également cette hypothèse (3) qui fut surtout clairement exposée par MM. Delore et Poulet dans le dictionnaire encyclopédique : « La phlegmatia puerpérale, disent ces auteurs, même dans ses formes atténuées, est probablement d'origine septique. Quel est le rôle des proto-organismes dans certaines coagulations ? »

Cette voie de recherche pourrait peut-être donner l'explication de la thrombose dans la phlegmatia »

(1) TROISIÈRE. Th. ag. 1880.

(2) HUTINEL. Th. ag. 1883.

(3) SIREDEY. Loc. cit.

La thèse de M. Widal fut la confirmation des hypothèses précédentes. Il résulte des études anatomo-pathologiques et bactériologiques de cet auteur que :

1° La phlegmatia-alba-dolens puerpérale est de nature infectieuse.

2° La cause de la phlegmatia est l'inflammation de la veine par dépôt sur son endothélium du streptococcus pyogènes charrié par le sang. Le caillot se forme consécutivement à cette inflammation de la paroi.

M. Widal avait très bien observé également que cette affection, malgré l'apparence d'une incubation prolongée quelquefois jusqu'à la 7^e ou 8^e semaine, était toujours précédée d'une période septicémique pure, attestant la pénétration dans l'organisme des germes infectieux. Sous ce rapport nos recherches personnelles viennent corroborer les siennes ; dans toutes les observations que nous donnons la phlébite a été précédée d'accidents fébriles plus ou moins intenses.

Tous les examens de l'auteur portent sur des autopsies de femmes mortes de fièvre puerpérale et ayant présenté pendant la vie les signes de phlegmatia-alba-dolens. *Il y avait l'intérêt pour nous à rechercher l'état du sang pendant la période intercalaire, entre les premiers accidents et l'apparition de la thrombose.* Il nous fallait également voir si l'infection du liquide nourricier commencée avec la période septicémique, ne se continuait pas pendant la première atteinte de phlébite et ne se prolongeait pas après elle, expliquant ainsi les récidives suivantes.

L'observation XI, intéressante à plus d'un titre, nous indiquera suffisamment l'évolution bactérienne de la phlegmatia.

OBSERVATION XI (*Résumée*).

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE, SUITE DE RÉTENTION PLACENTAIRE. — APOPLEXIE CÉRÉBRALE PENDANT LA POUSSÉE SEPTICÉMIQUE PURE. HÉMIPLÉGIE GAUCHE. — CONTRACTURES PRÉCOCES. PHLEGMATIA GAUCHE, PHLEGMATIA DROITE A UN MOIS D'INTERVALLÉ.

La nommée R. Eugénie, 31 ans, primipare accouche à terme le 25 janvier 1892, chez une sage-femme après administration de 2 grammes d'ergot de seigle. Retention placentaire. Essais de délivrance artificielle répétés par la sage-femme et deux médecins pendant quatre jours. Pendant cette période frissons et fièvre intense. La malade conduite à la maternité n'est délivrée que le 29 janvier par M. Renault, interne du service.

Les jours suivants la température varie entre 38° et 40° 2. L'état général s'altère.

Dans la nuit du 5 février attaque d'apoplexie, hémiplegie gauche suivie à quelque heures de distance de contracture complète.

La malade est transportée dans le service de M. L-Lagrave,

Les symptômes de septicémie continuent.

Fièvre de 40°, 41° le soir, écoulement lochial légèrement fétide. Ventre un peu ballonné et douloureux au niveau des cornes utérines. Diarrhée. albuminurie (0 gr. 50 par litre), injections intra-utérines antiseptiques.

Pendant 15 jours la température se maintient autour de 38° ou 38° 5.

Les symptômes observés du côté de l'utérus disparaissent rapidement. L'état général s'améliore.

(*Examen bactériologique pendant la 1^{re} période*).

Lochies. — Streptocoques en longues chainettes.

Bacille long et grêle.

Sang. — Streptocoques à l'état de pureté dans quelques tubes, dans d'autres on trouve le bacille précédent.

Les examens sont continués tous les 4 ou 5 jours.

On voit successivement disparaître d'abord tous les microbes du liquide

utérin, puis le bacille du sang, et enfin les longues chaînettes de streptocoques, qui sont remplacées par des chapelets de 3 à 4 éléments, des diplocoques et des microcoques. Ces derniers éléments persistent.

Le 25 février début d'une phlegmatia-alba-dolens de la cuisse gauche, qui s'étend rapidement à tout le membre contracturé. La température atteint 39°4 et se maintient à ce taux jusqu'au 29 février.

Bactériologie. — Pendant ce temps les cultures du sang donnent des chaînettes de 5 à 6 éléments peu nombreux. En revanche, microcoques et diplocoques abondants.

Au commencement de mars les accidents phlébitiques s'atténuent, l'œdème disparaît peu à peu, la malade reprend de l'embonpoint. Les micro-organismes persistent néanmoins dans le sang.

24 mars. — Après une période d'apyrexie complète une nouvelle phlegmatia du membre droit fait son apparition.

Œdème, douleurs, température de 38°2 et de 39°2.

Cet état se prolonge jusqu'au 2 avril, après quoi la température revient à la normale, l'œdème disparaît, les mouvements reviennent dans le membre droit. La contracture et l'impotence du membre inférieur gauche persistent, mais il n'y a plus ni œdème ni douleurs dus à la phlébite.

Le sang renferme des streptocoques en chaînettes de 5 à 6 points pendant la période de fièvre du 24 mars au 2 avril. Les jours suivants les chapelets diminuent de longueur, et disparaissent, les microcoques eux-mêmes n'existent plus à la fin d'avril.

L'évolution clinique et bactérienne du fait précédent, évolution que l'on retrouve dans nos autres observations, nous montre que la phlegmatia n'est qu'une variété des septicémies prolongées avec localisations successives. L'état septicémique loin de disparaître pendant les périodes apyrétiques persiste, tout en se manifestant d'une façon plus apparente et plus intense au moment des poussées fébriles. A aucun instant, pendant tout le cours de la maladie, le sang, (la circulation toute entière), n'est indemne et les

micro-organismes peuvent toujours y être retrouvés. Leur persistance indique une fois de plus la possibilité et quelquefois l'imminence d'une localisation, qui se fait dans ce cas sous forme de thrombose.

La phlegmatia alba dolens a toujours été considérée le plus souvent comme un accident atténué et bénin des suites de couches, au moins dans la majorité des cas. Cependant si nous considérons la période préantiseptique de l'obstétrique, nous voyons souvent cette affection se compliquer de phlébite suppurée et de septicémie grave ou de pyohémie terminées par la mort. Cette terrible éventualité ne se présente presque plus aujourd'hui et la phlegmatia, accident déjà bénin autrefois le plus souvent, a subi depuis l'avènement de l'antisepsie prophylactique un degré d'atténuation plus sensible encore. Tous les cas de thrombose que nous donnons ont été accompagnés de symptômes généraux sans importance, et se sont terminés par la guérison. Il en est même qui ont été si peu intenses, qu'ils seraient passés inaperçus sans un examen attentif et journalier des malades. (Obs. VII).

Il ne reste donc plus de notre temps pour obscurcir le pronostic de la plegmatia alba dolens que la crainte de l'embolie pulmonaire (obs. citée).

Il est juste de placer ici une remarque faite par M. L.-Lagrange. Si la fièvre puerpérale en s'atténuant a donné naissance à des variétés nombreuses de formes bénignes, la phlegmatia, la plus bénigne de ces formes, doit se montrer plus fréquente de nos jours. C'est en effet ce qui semble résulter des statistiques de ces dernières années à la Maternité.

« Au siècle dernier White accusait 9 cas sur près de 10,000 accouchements, Grisolle (Path. int. t. II, p. 336), 1 sur 500 et plus; Jøerg, dans une pratique très étendue n'en avait pas observé un seul

et M. Hervieux, après avoir cité ces auteurs, déclare être resté des années entières sans en voir un cas à la Maternité. En réunissant les statistiques collationnées par Raige-Delorme (cité par Hervieux) et qui portent sur 12,000 accouchements environ, on arrive à la proportion de 1 phlegmatia pour 554 accouchements ».

Or pour ne prendre que les cas, qui nous sont connus, nous avons observé pendant l'année 1892. onze phlegmatia alba dolens sur 2006 accouchements ce qui fait à peu près une phlegmatia pour 182 accouchements. Ces résultats viennent confirmer l'opinion émise par M. L.-Lagrange, et montrent que la phlébite puerpérale a plus que triplé de fréquence depuis l'emploi de l'antisepsie prophylactique (La statistique est à continuer).

CHAPITRE VIII

BACTÉRIOLOGIE

L'étude des ferments pathogènes de l'infection puerpérale, dont nous avons omis à dessin l'histoire pour en donner ici un chapitre d'ensemble, n'a commencé en réalité qu'après les découvertes de Mayerhofer en 1863. Depuis longtemps déjà, un grand nombre d'auteurs admettaient l'existence de ces agents de septicémie. Dès 1858 Trousseau entrevoyait la vérité en disant que toute maladie spécifique devait être due à un ferment, Sieffermann, élève de Stolz à Strasbourg, dans sa thèse de 1862 parle de germes et de ferments organisés.

Mayerhofer (1) de 1863 à 1870 découvre dans les lochies de femmes en couches des vibrions, sur lesquels il donne peu de détails mais qui inoculés à des lapins, causent la mort de quelques-uns de ces animaux.

Coze et Feltz (2) de Strasbourg découvrent (1869), dans le sang du cadavre de femmes mortes de fièvre puerpérale, un grand nombre de bactéries, mais en particulier, un microbe en longues chaînettes, le streptocoque. Ces observateurs n'attribuent pas d'ailleurs

(1) MAYERHOFER. *Jahrb. d. Ges. d'Aertze* 1863. *Woch. d. Zeits. d. ges. Aertze Wien*. 1864. *Monats. f. Geburt.* 1865.

(2) COZE et FELTZ. *Gaz. med. de Strasbourg*, 1869.

un rôle particulier et prépondérant à cet organisme, qu'ils trouvent également dans le sang des typhiques.

D'autres auteurs Reklinghausen (1), Waldeyer, Orth (2), trouvent une bactérie moniliforme dans les liquides morbides de femmes mortes de septicémie puerpérale. Le dernier, en particulier, découvre dans le pus et dans le sang, outre le streptocoque, des microcoques et des diplocoques animés.

M. d'Espine, Quinquaud (1872 (3), Herberg de Chrsitiania 1873, expérimentent sur les animaux, les propriétés des lochies pathologiques.

Haussmann de Berlin (1876) fait des injections vaginales et utérines de liquides septiques à des lapines venant de mettre bas. Il obtient des résultats positifs à la condition de pratiquer préalablement les plaies des organes génitaux.

Spillmann (1876) fait des préparations de sang après la mort et y trouve des bâtonnets mouvants et plusieurs sortes de bactéries.

Tous ces travaux ne permettaient pas encore d'attribuer à un microbe plutôt qu'à un autre un rôle spécifique, lorsque en 1879 M. Pasteur découvrit le véritable agent de la septicémie puerpérale, le streptococcus pyogenes qu'il réussit à cultiver et à expérimenter sur les animaux.

M. Doléris qui exposa dans sa thèse les travaux de M. Pasteur admettait quatre microbes ayant chacun un rôle particulier dans la production des diverses formes de la fièvre puerpérale.

1° Des bactéries cylindriques, septiques sous forme de longs filaments, caractéristiques des septicémies rapides.

2° Des micrococci en chapelet (streptococcus), produisant les formes atténuées

(1) *Arch. f. gyn. et central. f. med. Wissensch.* 1871.

(2) ORTH. *Virchow's Arch. Bd.* 58.

(3) QUINQUAUD 1872. *Le puerpérisme infectieux.*

3^o Diplocoques mobiles, agents des formes suppuratives.

4^o Enfin des microcoques en points séparés.

Les travaux qui suivirent ne vinrent pas confirmer complètement ses découvertes surtout en ce qui concerne le rôle du vibrion septique et des divers microcoques.

Les recherches de Chauveau et Arloing tendent à prouver que seul, le streptocoque doit être incriminé dans la production des diverses variétés de l'infection (1), et que les microcoque, les diplocoques mobiles ne sont que des formes évolutives du microbe en chaînettes.

La question est encore à l'heure actuelle très discutée. Cushing (2), Fränkel (3) ont découvert des bactéries d'une autre forme. C'est ainsi que ce dernier a décrit des bacilles gros et courts dans la rate des malades mortes de fièvre puerpérale, un autre plus virulent dans le vagin de femmes saines, etc.

(1) *Lyon médical*, 1882 et 1884.

D'après Arloing le sang ne contient que de rares microcoques, ou de courtes et grêles chaînettes mobiles.

Les liquides virulents, inoculés dans le péritoine des lapins, les tuent rapidement avec de la diarrhée, de la péritonite fibrineuse ou purulente. Le rat blanc, le cobaye, le chien, le chat, le poulet ne meurent pas.

Les cultures acquièrent une plus grande virulence en passant par le lapin (V. th de Vidal).

On ne retrouve plus les grandes chaînettes mais des microcoques, des diplocoques ou des chaînettes de 5 cocci au plus.

Les cultures se développent bien moins dans le vide ou dans l'acide carbonique que dans l'air ou l'oxygène, mais sont plus virulentes.

Une température de 47° empêche le développement sans tuer le microbe, mais en produisant une atténuation de la virulence.

Les lapins inoculés avec virus développé dans le vide, meurent de septicémie suraiguë, avec le virus développé dans l'air la maladie est plus lente; avec le virus atténué, l'évolution est encore plus lente, des suppurations s'établissent dans les séreuses, il se forme des abcès des muscles. (V. Cornil et Babès. T. I p. 449.

(2) CUSHING. *Boston. med and surg. journal* 1885.

(3) FRÄNKEL. *Z. ætiol. d. puerpéral feber. D. med. Woch.* 1885. n^os 34-35.

Næggerath en décrit plusieurs sortes (1).

Babès (2), a publié deux cas d'avortement suivis d'infection mortelle, endométrite, périmétrite, phlegmons, abcès métastatiques, oreillons, dans lesquels on trouvait une association dans tous les organes du staphylococcus aureus et de bacilles saprogènes existant dans la muqueuse utérine sans traces de streptocoques.

Dans ces derniers temps on est allé encore plus loin et on a recherché non seulement les micro-organismes, mais les toxines qu'ils pouvaient produire, (Bergmann), choline, neuridine, cadaverine, mygdaline, saprine étudiées par Selmi Veneki, Brieger, Hüter.

Brieger dans sept cas d'infection puerpérale n'a pas trouvé de microcoques et a dès lors pensé aux toxines. Ces mêmes ptomaïnes ont été retrouvées dans les urines accompagnées de streptocoques, de staphylocoques et de saprophytes par Bourget. (V. FEHLING, *maladies puerpérales*). (Döderlein-Arch. f. g. Bd. 40. p. 99).

En somme la plupart des auteurs, Baumgarten, Arloing, Chauveau, Cornil et Babès (3), Widal sont d'avis que la fièvre puerpérale est toujours due au streptocoque. Ce dernier auteur a démontré que tous les accidents infectieux des suites de couches et même la phlegmatia-alba-dolens pouvaient lui être attribués. Pour lui parmi les nombreux micro-organismes que l'on peut rencontrer dans la cavité utérine, un seul le streptocoque traverse les parois par les fentes lymphatiques et les veinules tandis que les autres microbes restent à la surface. De plus lorsqu'il y a infection par un autre organisme, la bactérie de Clado-Albaran par exemple, dont il décrit deux cas, ce dernier pénétrerait non par l'utérus mais par les

(1) NÆGGERATH. *Amer. Journ. of. obst.* 1886.

(2) BABES. *Prog. méd. roumain.* 7 juil. 1889.

(3) CORNIL et BABES. *Les bactéries*, 1890.

plaies de la vulve, et par la muqueuse vésicale (1) (V. STRAUSS et SANCHEZ TOLEDO) (2).

Nous verrons plus loin que nos recherches personnelles nous ont permis d'attribuer également au streptocoque et à ses diverses modalités, les septicémies atténuées que nous avons décrites.

Tout récemment un grand nombre d'auteurs ont repris l'étude des micro-organismes de l'infection puerpérale surtout dans le but d'élucider la question étiologique de l'hétéro et de l'auto-infection.

Döderlein (3) a recueilli dans la cavité utérine même, après s'être mis à l'abri de toute souillure vaginale, des lochies d'accouchées saines et malades. Chez les premières, pourvu que la température ne dépasse pas 38°, l'examen microscopique est négatif et les cultures restent stériles; chez les secondes ayant des accidents fébriles on trouve des bacilles et des streptocoques. Dans ce cas l'auteur pense que ces germes sont portés du vagin dans l'utérus par le doigt ou les instruments explorateurs.

De son côté Von Ott (4) a montré qu'il n'y avait pas de bactérie, immédiatement à la suite de l'accouchement, dans la partie supérieure du vagin. Il attribue ce fait au puissant nettoyage opéré par la rupture de la poche des eaux et par le frottement du corps fœtal sur les parois vaginales étalées. Kaltenbach (5) professe la même

(1) WIDAL. *Loc. cit.*

(2) Ces auteurs ont établi qu'après la parturition physiologique, les parois utérines des femelles de cobayes et de lapins ne renfermaient pas non plus de microbes. On peut introduire après le part dans les cornes utérines des quantités de microbes sans provoquer la moindre infection. M. Mathias Duval a expliqué ce fait par la réparation précoce de la muqueuse utérine chez les rongeurs. *Soc. de biol.* 14 avril, 1888, *Ann. de l'Institut Pasteur*. T. II, p. 126 et 435.

(3) DODERLEIN. *Arch. f. gyn.* 1887. Bd. 31, § 412. *Centra. f. gyn.* 1888, n° 23 et 28.

(4) VON OTT. *Zur Bakteriologie der lochien.* *Archiv. f. Gyn.* Bd. XXXII. Heft 3.

(5) KALTENBACH. *Centr. f. gyn.* 1889, n° 27.

opinion, et admet même avec Bokelmann (1) et Dührssen que, chez l'accouchée saine, le vagin doit être considéré comme aseptique.

Contrairement à ces derniers auteurs les recherches de Winter (2) semblent démontrer la possibilité d'une auto-infection. Il existe une zone dangereuse, riche en micro-organismes. Le vagin, le col utérin contiennent non seulement des bactéries, mais dans la moitié des cas des organismes pathogènes, staphylocoques et streptocoques. Ces germes et en particulier le staphylocoque, inoculés ne produisent aucun phénomène infectieux.

Il est possible, cependant, que ces microbes se trouvant, après l'accouchement, en présence de débris organiques puissent retrouver leur virulence si l'on n'a pas soin de pratiquer une antiseptie rigoureuse.

Pour M. Appert (3), la cause de ce retour à la virulence des germes, momentanément non pathogènes, doit être recherchée dans un état morbide antérieur. « Nous portons, dit-il en nous, des germes pathogènes, à l'état de microbisme latent, qui ne deviennent virulents qu'à la faveur d'un état pathologique de l'organisme ».

Otto v. Franqué (3) qui a repris encore plus récemment toutes les

(1) BOKELMANN, *Cent. f. Gyn.* 1889. Cet auteur part de là pour rejeter les injections antiseptiques, qui constituent pour lui une polypragmasie inutile, dangereuse, qu'il qualifie de furor antisepticus. Voir également à ce sujet : SEMMEL, WEISS. *Die Aetiologie der Begrifund die prophylaxie des kindbettfiebers, Pesth-Wienn-Leipsig*, 1861.

E. CZERNIEWSKI. *Centr. f. Gyn.* 1888, p. 836.

STEFFECK. *Zeitschr. f. Gebh.* 1890, Bd. 20. p. 376.

THOMEN, *Archiv.* 1889. Bd. 36, p. 321.

MIRONOW. *Ueber die Ursachen der puerpéralen Erkrankungen.* Charkow, 1889.

— *Centr. f. Gyn.* 1891, n° 33.

BUMM. *Archiv. f. G.* 1891. Bd. 40, p. 399. et 103.

HÄGLER, *In Fehling loc. cit.*

(2) G. WINTER *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.* 1888. Bd. XIV, Heft. 2.

(3) RENÉ-APPERT. *Du rôle de l'organisme dans la pathogénie de quelques maladies infectieuses.* Th. Paris 1893.

(4) OTTO. v. FRANQUÉ. *Zeitsch. für Geburt. und. Gyn.* 1893. XXV Bd. 2 Heft, p. 276 à 105.

études des expérimentateurs précédemment cités, arrive aux convulsions suivantes :

1° En règle générale, l'utérus est privé de bactéries aussitôt après la délivrance, et le streptocoque, lorsqu'il existe, produit dans certains cas seulement, une élévation de température modérée, qui reste dans les limites de la normale et qui est accompagnée d'un trouble également léger de l'état général.

2° Le bactérium-coli-commune peut devenir dans les suites de couches une cause de fièvre.

3° Sur 400 observations de suites de couches, la saprémie n'ayant été vue qu'une seule fois, la fièvre saprémique ne doit être acceptée que si un examen bactériologique rigoureux est venu démontrer l'absence des microbes pathogènes et la présence des saprophytes.

Il résulte de ces nombreux travaux que si la question bactériologique de la septicémie puerpérale n'est pas encore définitivement tranchée, la majorité des auteurs attribue au streptocoque la propriété de provoquer cette infection. Pour nous le bactérium-coli-commune peut donner lieu aux accidents connus sous le nom de *stercorémie* et à certaines péritonites, mais non à une véritable fièvre puerpérale.

Le rôle des poisons microbiens reste tout entier à élucider.

Enfin, si dans quelques cas, on peut incriminer l'auto-infection, le plus souvent c'est l'hétéro-infection qu'il faut considérer comme la véritable cause du puerpérisme infectieux.

Voyons maintenant quels ont été les résultats de nos propres recherches.

Chez toutes les femmes atteintes d'accidents fébriles post-puerpéraux, nous avons dès leur arrivée dans le service de M. L. Lagrave, recueilli des lochies et du sang pour l'examiner directement et pour

le cultiver sur divers milieux. Mais avant de donner les résultats obtenus, qu'il nous soit permis de décrire en quelques mots notre technique opératoire.

Technique opératoire. — *Le liquide utérin* est pris dans la cavité même de l'organe (après lavage préalable du vagin au sublimé), avec une pipette stérilisée et flambée. Le sang est obtenu au moyen d'une piqûre digitale, faite avec une aiguille flambée. Le doigt a été savonné, puis lavé avec une solution de sublimé à 1/1000 avec de l'alcool absolu, de l'éther, puis plongé pendant quelques minutes dans la même solution de bichlorure d'hydrargyre pendant cinq minutes.

Après la piqûre on laisse écouler quelques gouttes de sang puis on recueille les suivantes dans des pipettes ou sur un fil de platine stérilisé à la flamme.

Les liquides ainsi obtenus sont inoculés à des tubes de bouillon, de gélatine et d'agar-agar, puis portés à l'étuve.

Ces opérations ont été pratiquées tous les 3 à 5 jours pendant tout le cours de la maladie.

Examen et résultats. — L'examen direct ne donne habituellement que quelques microcoques et de rares et courtes chaînettes de streptocoques, à l'état de pureté dans le sang accompagnés d'autres bactéries lorsqu'on a affaire aux lochies.

Voyons maintenant les constatations que nous ont permis de faire nos cultures dans les différentes variétés d'infections puerpérales dont nous avons fait l'étude clinique.

1^o *Septicémies légères, septicémies frustes.* Dans ces formes au moment de la période initiale fébrile, les cultures de *liquide utérin* montrent une abondante prolifération de streptocoques accompagnés de microcoques et de diplocoques. Les chaînettes ont habituellement 7 à 10 éléments.

Il n'est pas rare de rencontrer à cette époque, surtout si les femmes n'ont pas été soumises à une antiseptie rigoureuse, d'autres formes microbiennes, telles que bacilles variés, tétragenus, staphylocoques, etc.

Mais très rapidement si un traitement rationnel est établi (curetage, injections intra-utérines) on voit disparaître ces derniers organismes et le streptocoque persiste seul. Il ne tarde pas à disparaître également; les chaînettes deviennent plus courtes, bientôt il n'y a plus que du microcoque et enfin tout organisme abandonne la cavité utérine. *Le sang cultivé* donne aussi des colonies de streptocoques mais là à l'état de pureté. (Nous n'avons trouvé qu'une seule fois un long bacille, mince, chez une femme ayant un état général très grave (Obs. XI) et une autre fois la bactérium-coli-commune dans le sang d'une femme morte d'embolie pulmonaire. (Obs. XXI). Dans le premier cas d'ailleurs, le bacille disparût très vite de la circulation générale).

Les cultures ont sur les différents milieux, un aspect caractéristique.

Sur l'agar-agar en tubes inclinés où le développement se fait avec la plus grande facilité, on voit apparaître au bout de 24, 36 heures, un semi de petites plaques blanches arrondies, disséminées ou confluentes, plates et transparentes sur les bords un peu élevées et opaques à leur centre.

Lorsqu'on a fait une strie en profondeur, on voit se développer de petites colonies accompagnées de bulles gazeuses tout le long de cette dernière. A la surface du milieu de culture existe en même temps une plaque d'un blanc grisâtre.

Le bouillon se trouble rapidement et un dépôt plus ou moins abondant se forme au fond du tube.

A aucun moment les cultures ne prennent d'odeur spéciale.

Tous ces caractères sont ceux d'un microbe à la fois aérobie et

et anaérobie, tel est le streptocoque que la plus simple coloration suffit à déceler sous le microscope.

Dans les premiers temps d'une septicémie fruste, le sang peut contenir le streptocoque, sous forme de longues chaînettes, mais au bout de quelques jours, en même temps que la fièvre diminue, que l'état général s'amende, le nombre des chaînettes et le nombre des éléments des chapelets diminue également. (obs. I, II, III, etc. Lorsque l'état fébrile a disparu, il ne reste plus que des microcoques, des diplocoques et quelques rares chaînettes de 3 à 4 points.

Lorsque l'examen du sang est négatif, lorsque les cultures restent stériles on peut considérer la malade comme guérie (obs. I, II, III IV). Dans ce cas en effet nous n'avons jamais vu survenir de récurrence.

Il n'en est pas toujours ainsi ; souvent malgré la disposition de la fièvre, malgré l'absence de tout symptôme, l'organisme pathogène persiste dans le sang (alors que l'utérus ne le contient plus depuis longtemps), les cultures sont toujours florissantes, il faut alors craindre un retour de l'état septicémique ou l'apparition d'une localisation.

L'existence de longues chaînettes, constatée de nouveau après une première disparition, nous a toujours semblé l'indice d'une localisation imminente (Obs. VI, VII, VIII, etc.).

Septicémies larvées.

Ainsi que nous l'avons montré plus haut, c'est dans ces cas que la clinique peut rester en défaut et qu'il faut appeler à son secours la bactériologie pour faire le véritable diagnostic. Il est difficile en effet le plus souvent, en l'absence des symptômes ordinaires de penser à l'infection puerpérale, et de plus on est égaré par des signes insolites.

Il suffira dans la plupart de ces cas de savoir que la malade est

accouchée récemment pour être amené à examiner le sang et les liquides utérins.

Si un traitement antiseptique suffisant n'a pas été fait, on trouvera encore dans l'endomètre des streptocoques abondants, qui selon toute apparence ne cessent d'être lancés dans la circulation, entretenant ainsi l'état aigu. Notre observation XX en est un bel exemple. On avait cru pendant longtemps à un rhumatisme articulaire aigu avec congestion pulmonaire de même nature. Aussi nous fût-il facile de trouver même au 30^e jour une grande quantité de microbes en chaînettes dans la cavité utérine. Les cultures du sang de leur côté renfermaient également le streptocoque et ses variétés à l'état de pureté.

A la suite du curettage, l'organisme infectieux disparût de l'utérus mais persista encore longtemps dans le sang. Ayant eu l'occasion de faire des cultures de ce liquide au 50^e jour, à propos d'une nouvelle élévation de température, nous pûmes encore le trouver en abondance.

Les OBS. XVIII. VII, peuvent encore être citées. Dans tous ces cas, lorsque l'ensemble des symptômes n'indiquait pas clairement la septicémie, l'examen bactériologique du sang et des lochies a suffi à nous mettre sur la voie du diagnostic ; et à nous faire entreprendre une thérapeutique ordinairement suivie de succès.

Formes prolongées, sans localisation, ou avec localisations variées, salpingites, pneumonies, phlegmatia-alba-dolens, etc.

Dans ces formes l'examen du sang dans le cours de la première poussée nous montre l'atténuation progressive du streptocoque avec la chute progressive de la température. Quand la fièvre a disparu depuis 8 ou 10 jours, les cultures ne sont composées que de microcoques et de diplocoques mobiles, mais ces derniers persistent.

Une élévation de température vient-elle à ce produire de nouveau, sous l'influence d'une localisation quelconque, on voit réapparaître avant même que cette dernière soit établie, le streptocoque en chaînettes de 8 à 10 éléments. Ces caractères persistent pendant la durée de la fièvre, puis se produit une nouvelle atténuation avec diminution du nombre des chapelets et diminution du nombre des éléments. Pendant l'apyrexie il n'y a plus que des microcoques et des diplocoques, jusqu'à ce qu'il se produise une nouvelle poussée fébrile. La série de ces phénomènes peut se produire 3 ou 4 fois suivant le nombre des localisations. Les malades ne peuvent être considérées comme à l'abri de toute récurrence, que lorsque plusieurs cultures faites successivement restent stériles.

Dans trois observations (I, XV, XVI) de septicémies prolongées avec membranes *diphthéroïdes*, de l'utérus, du vagin et de la vulve, que nous avons été appelé à traiter, le microbe pathogène des exsudats et du sang était encore le streptocoque. Dans l'une d'elle (XVI) nous avons bien trouvé dans l'utérus dès le début un bacille à espace clair terminé par deux points colorés, mais il disparut rapidement sous l'influence des injections antiseptiques, alors que le microbe en chapelet persistait encore.

Résumé. — En somme il résulte des examens bactériologiques auxquels nous nous sommes livrés que le streptocoque seul, au moins dans les formes atténuées, est l'organisme pathogène de l'infection puerpérale. Nous l'avons toujours rencontré dans les lochies au début de l'affection, avant tout traitement intra-utérin, et dans le sang pendant toute la durée de la maladie.

Il a toujours été trouvé à l'état de pureté dans ce dernier liquide, et sa persistance dans la circulation, nous a toujours paru l'indice d'une récurrence ou d'une localisation imminente. Par contre sa disposition, a toujours été suivie de la guérison radicale des malades.

L'existence du microbe en chaînettes dans le sang nous a amené

plusieurs fois à diagnostiquer une septicémie puerpérale, que l'examen clinique le plus serré ne parvenait pas à rendre évidente.

Nous avons été frappé, par la réapparition des chaînettes, au moment des poussées fébriles, fait qui semblerait démontrer (V. Doléris) une fois de plus la virulence particulière de cette forme du streptocoque (1).

(1) Nous n'avons pas la prétention de donner comme complètes nos études bactériologiques ; il nous reste encore à expérimenter le streptocoque atténué sur les animaux. Nous avons commencé sur ce sujet des expériences qui sont jusqu'à présent très favorables à nos vues, mais qui ne sont pas encore assez nombreuses pour que nous puissions en tirer des conclusions inattaquables. Nous espérons pouvoir les publier dans quelque temps accompagnées d'une étude sur l'état et la toxicité des urines dans la septicémie puerpérale.

CHAPITRE X

PATHOGÉNIE ET THÉRAPEUTIQUE

Quelles déductions pathogéniques et thérapeutiques pouvons-nous tirer de nos études cliniques et bactériologiques ? Nous admettons tout d'abord avec tous les auteurs contemporains, que la plaie utérine, et accessoirement les plaies vaginales et vulvaires sont les voies ordinaires de pénétration des micro-organismes dans la circulation générale (1). Or nous avons vu que pendant la première poussée d'infection, et quelquefois pendant longtemps le streptocoque, continuait à proliférer dans la cavité utérine, souvent même malgré les injections antiseptiques.

C'est donc là que se trouve son foyer de reproduction le plus important, et c'est de là qu'il part traversant veines et lymphatiques pour infecter à chaque instant et de plus en plus l'organisme. Tous les auteurs sont en effet d'avis que l'affection sera d'autant plus grave qu'un plus grand nombre de germes infectieux pénétreront dans le sang. « On comprend, dit Fehling (loc. cit.), les cas qui d'abord bénins deviennent tout à coup pernicieux. Car même avec un petit nombre de bactéries on peut avoir une aggravation soudaine

(1) Dans un cas (obs. IX) la maladie a paru débiter par une lymphangite mammaire, mais il existait en même temps des signes utérins qui nous empêchent de nous prononcer sur la voie suivie par le streptocoque.

si un plus ou moins grand nombre de ces germes est tout à coup lancé dans la circulation ».

Les microbes viennent donc s'ajouter à ceux qui ont pénétré dans le sang dès le début, pour prolonger l'état septicémique. Mais l'antisepsie prophylactique a fait subir à leur virulence un degré tel d'atténuation que malgré leur nombre ils ne parviennent à produire que des formes elles-mêmes atténuées.

Combien de temps peut durer cette pénétration successive des colonies microbiennes dans le torrent circulatoire ? C'est ce qu'il est bien difficile de préciser. D'après Bumm, comme nous l'avons vu il se formerait très rapidement une membrane granuleuse de la muqueuse utérine, membrane qui empêcherait la pénétration des organismes. D'un autre côté nous constatons dans notre observations XX la persistance des streptocoques dans l'utérus au 30^e jour, persistance qui causait à n'en pas douter la prolongation de la septicémie, puisque tous les symptômes généraux disparurent à la suite de la désinfection de l'endomètre par le curettage et le drainage.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic d'infection puerpérale posé, il faudra agir et agir rapidement. Qu'on ait affaire à une forme généralisée ou à localisation précoce, tous les efforts de la thérapeutique devront être dirigés contre l'endomètre infecté qui est selon l'expression de M. L. Lagrave, *la surface de résorption de l'organisme, le foyer de pullulation la base d'opération des microbes*.

« On coupe ainsi le mal dans sa racine on prévient de nouvelles décharges microbiennes ou toxiques dans le torrent circulatoire et comme la première était elle-même atténuée, la résistance de l'organisme suffira presque toujours à en triompher. » (Loc. cit.)

Il sera donc de toute nécessité, dès l'apparition des accidents primordiaux de pratiquer largement la désinfection de la cavité utérine

par des injections intra-utérines répétées et faites avec des solutions antiseptiques variées.

La solution de bichlorure de mercure au 1/4000 en l'absence d'albuminurie, les solutions phéniquées à 1, 20/0, de permanganate de potasse à 1 0/00, naphtolée, l'eau oxygénée, suivant les cas nous paraissent les plus convenables).

Ici nous sommes en contradiction avec nombre d'auteurs, et d'auteurs allemands en particulier qui rejettent les injections répétées dans l'infection puerpérale. « Si la première injection n'a servi à rien, dit Kehrer (1), une seconde servira encore moins, car dans l'intervalle, les bactéries auront eu le temps de pénétrer encore plus profondément dans les parois utérines ».

Fehling (2) veut bien en admettre deux : si après la seconde, la fièvre n'est pas tombée, inutile de continuer : c'est une polypragmasie blâmable et dangereuse ». Enfin ces deux auteurs rejettent rigoureusement toute injection pour peu que les annexes soient atteintes.

Loin d'admettre ces idées nous considérons les injections intra-utérines comme absolument indispensables, à condition qu'elles soient pratiquées avec tous les soins désirables. On devra employer une canule courbe à double courant, et ne l'introduire qu'après avoir constaté la direction de l'axe de la cavité utérine. La canule métallique à double courant de M. Budin, que nous employons journellement, nous a toujours paru l'instrument de choix par la facilité avec laquelle elle peut être désinfectée par le flambage ou le séjour à l'étuve à une température supérieure à 115°.

Dans l'intervalle des injections copieuses, il sera encore utile de drainer la cavité utérine, suffisamment dilatée, au moyen de

(1) KEHRER. *Müller's Handbuch der Geburt*. 1889. Band. III, p. 340.

(2) FEHLING *loc cit.* p. 103.

lanières de gaze iodoformées légèrement enduites de glycérine créosotée, ou d'y placer des crayons iodoformés.

Si, au bout de trois ou quatre jours d'injections intra-utérines répétées, les phénomènes septicémiques persistent, si le liquide qui s'écoule de l'utérus est toujours d'aspect sanieux et fétide, s'il renferme encore des streptocoques, il ne faut pas hésiter plus longtemps à pratiquer le *curettage et le drainage* méthodiques de l'endomètre infecté.

Dans quelques cas, il ne sera pas inutile de faire préalablement une large dilatation au moyen de tiges de laminaire stérilisées, pour permettre aux liquides septiques de s'écouler librement.

Malgré l'opinion de Fritsch (1), qui prétend que : « Le raclage de la surface interne de la matrice, dans les cas de putridité intra-utérine due à la rétention de fragments de membranes, n'a aucune utilité, les succès obtenus alors devant être attribués aux injections de lavage et à la désinfection », malgré cette opinion l'emploi de cette méthode nous a toujours parfaitement réussi (Voir obs. I, II, III. etc.).

L'opération doit être pratiquée avec la plus grande douceur, surtout dans les utérus septiques et plus ou moins ramollis, il est prudent d'employer d'abord la curette mousse et seulement lorsque cela est indispensable la curette tranchante.

Dans les infections à incubation longue, et à localisations successives et prolongées, le microbe en chaînettes est ordinairement disparu depuis longtemps de la cavité utérine ; son foyer de pullulation a été désinfecté par de nombreuses injections antiseptiques. Le sang n'en est pas moins l'habitat de nombreux streptocoques, atténués il est vrai, et une septicémie latente existe. Nous avons vu que le microbe semblait s'atténuer de plus en plus après chaque localisation, dont le dernier terme paraît être la *phlegmatia-alba-dol-*

lens. C'est dans ce cas aux seuls liquides de l'organisme, et au sang en particulier qu'est dévolue la fonction de diminuer la virulence des germes infectieux.

Peu à peu le nombre des chaînettes et le nombre de leurs éléments diminuent. A un moment donné on ne constate plus que du microcoque et du diplocoque qui finissent par disparaître également. Mais comment expliquer les localisations accompagnées de poussées fébriles ?

Les microbes trouvent-ils un point de moindre résistance, s'accablent-ils dans des régions où la circulation est moins active et où ils peuvent facilement exercer leurs propriétés pyogènes et coagulantes ?

Quelle relation y a-t-il entre la localisation accompagnée de poussée fébrile, et la réapparition des chaînettes qui semblent être la forme la plus virulente du streptocoque ? L'exaltation passagère de la virulence est-elle due à une plus grande quantité de microbes lancés dans la circulation à ce moment ou à une prolifération sur place par le mécanisme des cultures successives ?

La plupart de ces questions doivent rester sans réponse au moins dans l'état actuel de la science.

La règle thérapeutique à suivre sera néanmoins de chercher à favoriser la lutte de l'organisme contre les germes déjà atténués, malheureusement nos moyens dans ce sens sont des plus précaires. Les agents microbicides, comme les préparations de quinine, qu'il ne faut pas négliger cependant, ne peuvent être considérés que comme des adjuvants. Il ne restera donc que les médicaments qualifiés de toniques et de reconstituants, mais surtout une bonne hygiène alimentaire pour venir en aide à la phagocytose physiologique. Nous ne parlons ici que du traitement général, car il est

bien évident que chaque localisation comporte des médications locales particulières, suivant sa variété et son siège.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

OBSERVATION I

SEPTICÉMIE ATTÉNUÉE FRUSTE, SANS LOCALISATION. — FAUSSES MEMBRANES SUR COL ET VULVE. — CURETTAGE. — GUÉRISON.

Florence D. 22 ans, domestique Primipare. Entrée dans le service d'accouchement le 11 février 1892. Entrée salle Mauriceau le 17 février.

Réglée à 12 ans, régulièrement. Bonne santé habituelle.

Dernières règles cessent le 14 mai 1891.

Grossesse à la suite d'un seul rapprochement.

Quelques vomissements, varices.

Le travail commence le 11 février à 11 heures du matin, par la rupture de la poche des eaux, suivie de contractions utérines.

La malade se rend à la Maternité, et arrive à 4 heures. Elle est touchée par quatre élèves et à plusieurs reprises. L'accouchement se fait spontanément en O. I. G. A, à 11 heures du soir. Enfant vivant du poids de 3 kgr. 900. Délivrance naturelle et complète.

Injection intra-utérine avec la solution de sublimé à 1/4000. Il existe au niveau de la vulve de nombreuses lésions qui en certains points atteignent les grands lèvres, divisant les petits lèvres de chaque côté.

Pas de déchirures profondes du périnée.

Les 11, 12, 13 février la température est de 36° 8 le pouls à 80. La sécrétion lactée ne se produit pas.

Le 14 février, la malade à un frisson violent accompagné de vomissements et de diarrhée fétide, la température monte à 38° 2, le pouls à 72° le matin. Le soir elle atteint 40° 4, le pouls 112.

Les lochies ne sont pas fétides. Le ventre n'est ni ballonné ni douloureux même à la pression au niveau des cornes utérines.

3 injections intra-utérines au sublimé (0,25 0/100). Sulfate de quinine 0,50.

15 février. — Température matin 37°2 Pouls 80. —
soir 40°2 Pouls 120. —

Pas de frisson, sueurs. Traits s'altèrent, langue blanche saburrale.
Soif vive. Vomissements et diarrhée continuent, même traitement.

16 février. — Même température. Pouls id.
Langue se sèche. Diarrhée abondante, fétide, même trait.

17 février. — Température et pouls id.

La malade entre dans le service de M. L.-Lagrange, la température se maintient autour de 40°, le soir elle monte à 40°8.

La diarrhée continue, fétide, jaune clair. L'état général paraît grave, les traits sont tirés, la langue sèche fuligineuse. La peau est recouverte de sueurs froides. Rêves délirants pendant le sommeil. Subdelirium à l'état de veille. Soubressauts des tendons, carphalogie, trémulation des lèvres.

Le ventre est légèrement ballonné, mais la palpation ne réveille pas de douleurs.

Par le toucher on trouve l'utérus largement entr'ouvert et déchiré; on ne provoque aucune douleur dans les culs-de-sac.

Les lésions de la vulve et du vagin sont recouvertes de fausses membranes d'un blanc éclatant, très adhérentes. Lorsqu'on les enlève on trouve au-dessous un tissu granuleux et saignant.

Le col vu au spéculum est recouvert de fausses membranes également blanches et qu'on ne parvient à enlever que par le grattage. La muqueuse est également au-dessous granuleuse et saignante. Les pseudo-membranes sont enlevées à la surface d'implantation touchée avec la teinture d'iode.

Il existe un peu d'albumine dans les urines, aussi fait-on les injections utérines à l'eau naphtholée. Ces derniers ramènent des débris rougeâtres et grisâtres qui paraissent formés de caduque épaissie.

L'état général s'aggrave de plus en plus la température oscille entre 40° 6 et 39° 6 les 17, 18, 19, 20 février. Diarrhée, délire. Ventre très peu ballonné. Débris dans les injections intra-utérines faites avec l'eau naphtholée. Les fausses membranes se reproduisent. A l'intérieur naphtol et salicylate de bismuth à 2 gr. Sulfate de quinine 4 gr.

Le 21 février. — La malade étant toujours dans le même état, les in-

jections ramenant toujours des débris, enfin les fausses membranes pénétrant dans le col et l'utérus on fait sur le conseil de M. L. LAGRAVE un curettage complet de l'utérus.

La curette ramène une quantité de débris grisâtres, baignant dans un pus jaune non fétide.

Injection intra-utérine, drainage à la gaze iodoformée créosotée.

Le soir la température monte à 40° 8.

Culture du sang et des débris. — Streptocoques.

Le 22 février. — La température reste à 38°. Cependant l'état général s'est peu amélioré. La malade tousse, et on constate dans le poumon droit en arrière à droite une plaque de râles sous-crépitaux fins. On fait appliquer des ventouses. Todd. Caféine 0.50 centig.

Le drainage est renouvelé, ainsi que les lavages intra-utérins. Cautérisation des fausses membranes.

Le 23 février. — Température le matin 37°6 monte le soir, sans frisson à 40°8.

L'état général s'est cependant amélioré, langue humide, cessation de la diarrhée ainsi que de l'albuminurie. Les fausses membranes ne se reproduisent plus aussi vite sur les plaies vulvaires. Il n'en existe plus sur le col.

La toux et les signes pulmonaires diminuent rapidement.

Examen bactériologique, fait au laboratoire de M. Budin. Les cultures des lochies ont donné une prolifération abondante de streptocoques et de microcoques. Chainettes de 6 à 8 éléments.

Sang donne le même résultat sur bouillon et sur agar.

A partir du 23 février la température oscille autour de 37° le matin et de 38°4 le soir.

L'appétit revient, on continue les injections intra-utérines une fois par jour.

Les fausses membranes disparaissent progressivement et finissent par ne plus se reproduire. Il reste des plaies rosées qui se cicatrisent rapidement.

Cependant la t. atteint le soir 38°2 ou 38°4 jusqu'au 12 mars.

Les examens bactériologiques faits pendant cette période montrent la

disparition des micro-organismes dans les lochies et leur persistance dans le sang sous forme de chaînettes de 3 à 4 éléments et de microcoques.

Quelques rares diplocoques mobiles malgré l'absence de suppuration.

A partir du 12 mars la température oscille autour de 37°, la malade entre franchement en convalescence, se nourrit, engraisse et sort complètement rétablie le 26 mars.

Les cultures faites avant son départ sont restées stériles.

OBSERVATION II

SEPTICÉMIE FRUSTE.

La nommée Marie D. âgée de 20 ans, profession, bonne à tout faire, entrée le 23 juin 1892, salle Moriceau, n° 5.

Réglée à 14 ans, très régulièrement. Règles duraient 8 jours et étaient abondantes.

N'a jamais été malade. Jamais de leucorrhée, de douleurs abdominales, ni de douleurs à la miction.

Grossesse. — Début au mois d'octobre 1891. Leucorrhée abondante qui tache le linge, de couleur jaunâtre, pas de douleur à la miction.

Au 7^e mois la malade perd du sang en petite quantité, elle entre aussitôt à la Maternité (salle de travail) où quelques contractions utérines sont notées. Au bout de peu de temps l'hémorrhagie et les douleurs cessent.

La malade est conduite dans le dortoir des femmes enceintes au bout de trois jours.

Quinze jours après, le 20 *juin*, après un travail de 19 heures la malade accouche prématurément à 7 mois 1/2. Expulsion de deux enfants du sexe féminin, dont le premier est venu mort et le deuxième a vécu deux jours.

Délivrance rapide. Injection intra-utérine. Pas de perte de sang.

La température monte après l'accouchement à 38°, pouls 104.

21 *juin*. — Sans qu'il y ait eu de frisson, une fièvre intense se déclare, la température monte à 40° le soir. Soif vive, langue sèche, sucurs pro-

fuses. On ne constate pas de douleurs dans l'abdomen, elles ne sont pas non plus réveillées par la pression sur le globe utérin. On fait une injection intra-utérine, et on place sur le ventre un sac de glace. Sulfate de quinine, 0, 50 centigr.

22 juin. — La température tombe à 37° le pouls à 100. Le matin malgré cette chute la malade est toujours en proie à un malaise prononcé, soif, céphalalgie, prostration. Le soir toujours sans frisson la température monte à 39°6. Même traitement.

23 juin. — La malade est passée dans le service de gynécologie. On constate un état septicémique grave, la température est de 39°6, 39°4. Le pouls petit, dépressible. Langue sèche, teinte jaunâtre des téguments. Sueurs abondantes, traits tirés, nez pincé yeux excavés. Les mains et les membres supérieurs sont agités de mouvements fibrillaires.

Du côté de l'abdomen, on trouve l'utérus volumineux remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il est légèrement douloureux à la pression au niveau de ses angles. Léger ballonnement du ventre.

Les lochies ne sont pas fétides, mais le doigt qui touche ramène des débris grisâtres et noirâtres. Légère douleur au niveau du col déchiré et dans les culs-de-sac. Devant cette prostration et cet état septicémique qui a vraisemblablement sa source dans l'infection des débris qui remplissent l'utérus, on se décide à faire immédiatement un curetage.

L'introduction du spéculum permet de voir le col profondément déchiré, et les plaies recouvertes déjà d'exsudats blafards. L'orifice interne est largement dilaté et la curette s'introduit avec la plus grande facilité.

La main gauche est placée du côté de l'abdomen sur le fond de l'utérus qu'elle maintient solidement, la droite tenant la curette procède avec la plus grande douceur au grattage de la cavité utérine. On s'arrête aussitôt qu'on entend un léger froissement indiquant la présence du muscle encore ramolli. On enlève ainsi une grande quantité de lambeaux noirâtres, grisâtres ne répandant aucune odeur. Les débris étaient surtout cantonnés sur le fond et la paroi antérieure de l'utérus.

On cautérise à la teinture d'iode les parois utérines et les plaies du col,

après avoir fait une injection intra-utérine au sublimé. On termine par un drainage [intra-utérin, fait avec une bande de gaze iodoformée, enduite de glycérine créosotée au tiers.

24 juin. — La température descend à 38°4 le matin et à 37°4 le soir. L'état général s'est amélioré considérablement, on fait une injection intra-utérine et on renouvelle le bain.

On examine les cultures sur agar et sur bouillon, faite avec du sang-prélevé le 23, on trouve déjà au bout de 36 heures, des colonies développées à la surface de l'agar. Elles sont constituées par des points blancs transparents au centre un peu plus opaques sur les bords.

L'examen microscopique décèle la présence de microcoques se colorant parfaitement par la méthode de Gram. Au milieu des microcoques rangés sans ordre, il est facile de trouver des diplocoques et des chaînettes de streptocoques composées de 5 à 6 éléments.

Les débris retirés de l'utérus sont aussi examinés et cultivés.

A l'examen direct on trouve un tissu caverneux renfermant quelques rares bactéries en point simple ou double.

La culture du liquide contenu dans l'utérus, donne une abondante prolifération de microcoques et de streptocoques, on trouve également un bacille long et grêle, qui se colore fortement par le violet de méthyle, mais qui ne résiste pas à la méthode de Gram.

25-26 juin. — La température remonte à 39° 4, et même à 40° le 26 au soir. Chaque jour on renouvelle le drainage précédé d'une injection intra-utérine. A chaque nouveau pansement on passe un tampon d'ouate aseptique qui ramène des débris noirâtres.

Malgré l'élévation de température encore considérable, l'état est très satisfaisant.

27-28 T. oscille autour de 39°. Même traitement.

29 juin. — A partir de ce jour la température descend à 37° 6, 37° et se maintient à ce niveau. Le pouls reste à 90 ou 100. La malade recouvre son appétit et reprend des forces. La soif a cessé.

9 juillet. Tous les signes septicémiques ayant cessé, le liquide retiré

de l'utérus et *cultivé* n'ayant rien donné, on cesse les injections intra-utérines.

A cette époque le sang donne toujours des cultures de streptocoques purs et de microcoques.

10 *juillet*. — La température remonte à 38° 4 le soir, mais en présence de l'état général satisfaisant on se contente d'injection non intra-utérine, mais vaginale.

La température reste les 11 et 12 à 36° 8.

13 *juillet*. — La malade a de nouveau une poussée fébrile à 38° 6. On fait des cultures de son sang, lesquelles donnent une prolifération abondante de streptocoques.

Juillet. — La température est revenue à 37° et à partir de ce moment, elle se maintient à ce taux.

La malade s'alimente et engraisse sensiblement, elle peut descendre au jardin dans les premiers jours d'août.

Août. — On cultive son sang pendant cette période de convalescence, on trouve encore des streptocoques, mais qui poussent mal, et se colorent de plus en plus difficilement ; à partir du 1^{er} août les tubes restent stériles.

11 *août*. — La malade sort guérie.

OBSERVATION III

AVORTEMENT. SEPTICÉMIE ATTÉNUÉE FRUSTE SANS LOCALISATIONS. RÉTENTION DE DÉBRIS PLACENTAIRES. — CURETTAGE ET DRAINAGE. STREPTOCOQUE DANS LES LOCHIES ET DANS LE SANG.

Kimu Marie, 31 ans. Multipare 3 grossesses. Entrée le 7 août salle d'accouchement. Entrée le 14 août 92, salle Moriceau.

Bonne santé habituelle. Réglée à 14 ans, régulièrement.

Première grossesse à 21 ans bonne, accouchement et suite de couches

bonnes. Enfant encore vivant à l'heure actuelle.

Deuxième grossesse, il y a un an, la femme accouche à terme au mois de novembre 1891. Enfant vivant et bien portant. Suites de couches bonnes, pas de fièvre.

Troisième grossesse débute dans les premiers jours de mai 1892. tout se passe bien au commencement mais elle est obligée de travailler et de se fatiguer outre mesure. Le 7 août à 7 heures du matin, la malade a des douleurs et commence à perdre du sang en quantité considérable. L'expulsion du fœtus se fait un quart d'heure après le début des douleurs. L'hémorrhagie continue, un médecin appelé fait conduire la malade à la Maternité. On constate que la délivrance n'est pas faite. On fait des injections chaudes intra-utérines : l'hémorrhagie s'arrête (T. 37. P. 90).

Le 8 août. Température et pouls normaux, On continue à faire l'antisepsie des voies génitales.

Le 9 août. — Le col est entr'ouvert, on fait une injection intra-utérine et on cherche à retirer le placenta qui fait saillie dans le vagin. On ne parvient qu'à en retirer une partie. A la suite de cette intervention une légère hémorrhagie se produit et la température monte à 38°. On fait 3 séances d'injections intra-utérines et on donne 0,50 centigr. de sulfate de quinine.

Les 10, 11 et 12 la température se maintient matin et soir à 38. Même traitement.

Le 12 on constate que l'utérus est en rétroversion. Lochies fétides.

13 août. — La température monte le soir à 38°4, le pouls restant toujours aux environs de 80. On fait 4 séances d'injections intra-utérines.

Le 14 août. — Les lochies deviennent de plus en plus fétides, et malgré trois injections intra-utérines, la malade a deux grands frissons avec claquements de dents, suivis de sueurs profuses.

1^{er} frisson à 5 heures du soir, le 2^e à 9 heures du soir, T. 39°8. La température monte à 40°.

Le 15 août. — La température descend le matin à 38°2. Cependant la

malade est très affaissée, a de violentes douleurs de tête et une soif vive. Lochies toujours fétides, aucune douleur du côté de l'utérus.

On passe la femme dans le service de M. Labadie-Lagrave. A son arrivée nous constatons, une profonde altération des traits, la malade est recouverte de sueurs profuses. Cependant le ventre n'est pas douloureux même à la palpation, le toucher non plus ne provoque pas de douleurs ni dans les culs-de-sac, ni au niveau de l'utérus dont le col est à peine perméable. Pendant cette manœuvre on constate la rétroversion de l'utérus.

Les lochies fétides paraissent peu abondantes et le doigt revient à peine mouillé. On pratique l'examen au spéculum, et on introduit un hystéromètre. On redresse l'utérus et on voit à ce moment s'écouler une grande quantité de pus grisâtre, mélangé de débris putrides. Le col permet l'introduction d'une curette mousse, on ramène du pus et de nombreux débris détachés, mais il est impossible avec cet instrument d'entraîner les débris placentaires fortement fixés aux parois utérines en arrière.

On se sert alors de la curette tranchante et on nettoie complètement la cavité. On retire ainsi des lambeaux de placenta en abondance. On fait suivre le curage d'une injection au sublimé et d'un badigeonnage au chlorure de zinc au 1/12 et d'un drainage à la gaz iodoformée. Sulfate de quinine.

La température monte le soir jusqu'à 39°4, le pouls à 120.

Le 16, la température tombe à 38°2, le pouls à 100.

Les symptômes généraux se sont amendés. On renouvelle l'injection intra-utérine et le drainage. Les lochies ne sont plus fétides mais renferment toujours des lambeaux noirâtres.

Les jours suivants la température se maintient au-dessous de 38°, le pouls revient à la normale.

1^{er} Examen bactériologique 16 août. — Le liquide contenu dans l'utérus, cultivé donne sur gélatine agar de nombreuses colonies, les unes blanches, les autres jaune doré. Dans les premiers on trouve des microcoques, des diplocoques mobiles, et des streptocoques ayant au plus 5 éléments. Dans les secondes on trouve mélangés les organismes

précédents et de plus des amas rappelant le staphylocoque (aucun bacille).

Les cultures sur bouillon nous donnent les mêmes résultats.

Les cultures du sang, montrent des colonies très nombreuses de microcoques et de streptocoques à l'état de pureté.

2^e Examen le 20 août. — 1^o Deuxième culture dans bouillon renferme des streptocoques à l'état de pureté, et en chaînettes variant de 4 à 8 éléments (Dans bouillon).

21 août. — Cette culture est inoculée à la dose de 1 centimètre cube dans la veine auriculaire d'un lapin.

Le 22, la température rectale de l'animal s'est élevée de deux degrés au-dessus de la normale, il est atteint de diarrhée, ne mange pas et a perdu 21 grammes de son poids antérieur.

OBSERVATION IV

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE FRUSTE (*Sans localisation*).

La nommée Da... Marie âgée de 28 ans. Entrée à la Maternité le 20 août. Accouchée le 5 octobre de deux jumeaux. Entrée le 22 octobre salle Mauriceau.

Pas d'antécédents héréditaires. N'a jamais été malade. Réglée à 13 ans, les règles duraient 3 jours et étaient accompagnées d'épistaxis. Elles ont été très irrégulières jusqu'à 19 ans.

1^{re} grossesse en 1889 se termine par un accouchement au forceps. Suites de couches mauvaises, fièvre. La malade reste un mois à la clinique de la rue d'Assas. Enfant mort en nourrice.

2^e grossesse en 1890. Accouchement normal, suites de couches bonnes sans fièvre. Enfant meurt 2 mois après.

3^e grossesse commence le 22 décembre 1891, bonne. Les 15 derniers jours albuminurie, délire. La malade est mise au lait. Entrée dans le service d'accouchement on constate une grossesse gémellaire.

La malade entre en travail le 5 octobre et perd les eaux à 7 heures du soir.

Le 1^{er} enfant se présente en O. I. G. A. et est expulsé spontanément à 11 heures.

Le 2^e se présentant par l'épaule, une version par manœuvres internes est faite par une des aides sages-femmes.

Les deux enfants naissent vivants, le premier un garçon, le second une fille.

Délivrance artificielle pour le placenta du premier enfant ; le deuxième est expulsé naturellement.

Au moment de l'accouchement on ne constate pas d'albuminurie dans les urines. Lavage vaginal et vulvaire à l'alcool.

Injections intra-utérines, au sublimé et au permanganate de potasse.

La température est de 37°, le pouls à 140.

Le lendemain, 6 octobre, la température monte le soir à 38°6, le pouls à 130. Il y a de violentes tranchées utérines. 0,50 centigr. de sulf. de quinine.

Injections intra-utérines au permanganate de potasse, à l'eau phéniquée.

7 octobre. — Température matin 38°6, soir. 38°8. On place sur le ventre une vessie de glace. Même traitement.

8 octobre. — Température matin et soir, 39°8. Le pouls oscille entre 100 et 120.

9 octobre. — Lymphangite des deux seins. Compression. Compressees boriquées. Lochies fétides.

Du 10 au 17. — La température oscille entre 38° et 39° et quelques dixièmes. Frissons répétés. Sueurs abondantes. L'état général devient de plus en plus mauvais. Ventre ballonné. On continue le traitement précédent. Les injections contiennent de nombreux lambeaux.

Le 17. — Soir la température monte à 41° à la suite d'un violent frisson. Délire.

Le 18. — T. le soir 40°.

Les jours suivants la température ne dépasse pas 39°.

Le 22 octobre. — La malade entre dans le service de M. Labadie-Lagrave au n° 8 de la salle Mauriceau.

Examen à l'entrée. — L'état général est très grave, prostration complète, délire, ventre légèrement ballonné et peu douloureux, langue sèche, fuligineuse. Congestion pulmonaire double. Lochies fétides.

Au toucher on constate une antéflexion très prononcée, mais facilement réductible. Utérus douloureux. Rien dans les annexes.

L'introduction de l'hystéromètre dans l'utérus en redressant l'antéflexion permet la sortie d'un flot de liquide purulent rempli de débris noirâtres très fétides.

On enlève au moyen de la curette mousse de nombreux lambeaux grisâtres. Injection utérine au permanganate (les urines renfermant de l'alumine on ne peut faire d'injection au sublimé).

Drainage à la gaze iodoformée, enduite de glycérine créosotée.

La température après l'opération est de 38°2, le soir 38°2.

Le 23 octobre, on renouvelle le drainage (la température se maintient à 38°).

La gaze enlevée entraîne encore de nombreux débris.

A partir du 23 octobre la température reste autour de 37°.

L'albuine des urines ne tarde pas à disparaître l'état général s'améliore rapidement, le délire disparaît, le ventre est insensible, l'écoulement de purulent devient clair et transparent.

On fait chaque jour une injection intra-utérine au sublimé suivie d'un drainage.

Le 29 octobre on cesse les injections intra-utérines. La malade s'alimente et reprend ses forces.

Examen bactériologique. — A l'entrée, cultures sur agar et dans le bouillon.

Lochies, Streptocoque en chaînettes de 7 à 8 éléments. Diplocoques mobiles, Microcoques.

Sang. Streptocoques en chaînettes de 5 à 6 éléments microcoques.

25 octobre — Un nouvel examen nous donne les mêmes résultats.

Les examens sont continués au moyen des cultures tous les deux ou 3 jours et on constate la disparition progressive des longues chaînettes, et à partir du 30 on ne trouve plus que du microcoque.

5 novembre et les jours suivants les cultures restent stériles, la malade continue à se bien porter, aucune récurrence ne survient et elle sort guérie, le 20 novembre.

OBSERVATION V

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE. — ESCHARRE FESSIÈRE. *A la suite d'une basiotripsie sur un enfant mort et putréfié* — PHYSOMÉTRIE. — FIBROME DE LA PAROI POSTÉRIEURE DE L'UTÉRUS. — BASSIN RÉTRÉCI

Henriette R. femme P. multipare, âgée de 23 ans. Entrée dans le service d'accouchement le 23 juillet 1892. Passée dans le service de M. Labadie-Lagrave le premier août.

Antécédents héréditaires. — Sans importance.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Réglée à 16 ans régulièrement. Pertes blanches. Jamais de métrorrhagie.

Grossesse. — Commence en novembre 1891, se passe bien, et on ne trouve à noter qu'une augmentation des pertes blanches.

Le 20 juillet. — La malade ressent quelques douleurs. Elle est vue successivement par un médecin et deux sages-femmes. Le travail dure pendant 4 jours. On constate la disparition des bruits du cœur de l'enfant.

Le 21 juillet. — Le médecin voyant que l'accouchement ne pouvait se faire, empêché par deux obstacles, un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus et un rétrécissement du bassin fait conduire la malade à la Maternité le 23 juillet à 11 heures.

On constate la physométrie, l'utérus est dur, tendu, sonore. L'excavation pelvienne est en partie comblée par une tumeur fluctuante dépendant de la paroi postérieure de l'utérus. On fait le diagnostic de fibrome ramolli. Pouls, petit, à 120, température 37°.

La poche des eaux est rompue et les liquides qui s'écoulent par le vagin sont noirâtres et fétides.

L'angustie pelvienne est telle que l'accouchement spontané est impossible, du reste l'état de la malade exige une terminaison rapide, son facies est terreux, cyanosé, son haleine extrêmement fétide.

La dilatation étant suffisante M. Potel, interne du service, fait une basiotripsie. Pendant l'opération des gaz fétides s'échappent avec le liquide. Délivrance naturelle et complète. On fait des injections intra-utérines avec la solution de sublimé au 1/4000, la solution de permanganate de potasse à 1/1000 et la solution phéniquée à 10 pour 1000, P. La température est à ce moment de 38° 6, le pouls à 140. L'enfant a subi un commencement de putréfaction et d'emphysème.

Le 24 juillet. — Temp. reste à 38° 2, le pouls monte le soir à 140.

On fait chaque jour 3 injections intra-utérines avec les liquides précédemment cités. On ajoute à son traitement de l'alcool et du sulfate de quinine (0 50). Sac de glace sur l'abdomen. Inhalation d'oxygène.

25 juillet. — L'état général devient de plus en plus mauvais, et jusqu'au 31, la température oscille entre 38° 2 le matin et 39° 8 le soir. Sueurs profuses, la diarrhée fétide s'établit.

Le ventre n'est pas ballonné, et on ne provoque aucune douleur par la pression sur les bords de l'utérus. La malade se plaint seulement d'une douleur assez vive sur le trajet de la veine fémorale sans qu'on puisse constater d'œdème.

On voit bientôt apparaître une eschare sur la région fessière droite au point le plus déclive.

Le 1^{er} août, l'état général s'étant considérablement aggravé on passe la malade dans le service de M. L.-Lagrave. La femme est dans un état de prostration profonde presque comateux, et elle ne répond que difficilement aux questions qu'on lui pose. La diarrhée est incessante et involontaire. Les urines contiennent une quantité notable d'albumine,

Facies terreux, sans expression, dyspnée intense, langue sèche, fuligineuse.

Le ventre n'est toujours pas ballonné, et on peut le palper dans tous

les sens sans provoquer de douleur. Au toucher on trouve dans le cul-de-sac postérieur une volumineuse tumeur qui est non plus fluctuante, mais dure, et résistante. Ces signes confirment le diagnostic de fibrome. L'utérus est reporté en haut et à gauche. Il faut chercher le col derrière la symphyse contre laquelle il se trouve aplati. Le doigt ramène des lochies grisâtres sans fétidité.

On fait immédiatement une injection intra-utérine avec la sonde de M. Budin (permanganate de potasse au 1/1000) le liquide qui s'écoule renferme de nombreux débris putréfiés.

La température descend à 38° et se maintient à ce taux jusqu'au 14. Pendant cette période on fait des injections intra-utérines matin et soir. La dyspnée diminue sensiblement et l'état général devient meilleur.

L'escarre qui avait le diamètre d'une paume de main est éliminée, et on trouve dessous une plaie granuleuse.

Bactériologie. (Examen à l'entrée). — Sang cultivé renferme des microcoques et des streptocoques en longues chaînettes de 6 à 10 éléments, et des diplocoques mobiles.

Lochies. — Mêmes éléments, plus des organismes groupés sous forme de staphylocoque. La deuxième culture ne donne plus que des streptocoques.

Liquide de l'escarre. — Nombreux organismes, en points, en zooglé, bacilles en quantité. Le bouillon de culture à une odeur repoussante, et est devenu visqueux.

Le 6 la température remonte à 39°6 le soir, cependant l'état général continue à s'amender, l'albumine diminue dans les urines. On continue le traitement indiqué plus haut, peu à peu la diarrhée cesse, la malade s'alimente.

15 août. — On renouvelle les cultures du sang lesquelles donnent des streptocoques en chaînettes ne dépassant pas trois ou quatre éléments. Une 2^e culture dans le bouillon nous montre des chaînettes beaucoup plus étendues ayant 7 à 8 points.

20 août. — On fait une inoculation de cette culture pure dans une des veines de l'oreille d'un lapin. (Un centimètre cube). L'animal a pendant trois

jours une élévation de température de deux degrés. Il diminue d'environ 50 grammes, puis tous les symptômes disparaissent. (Rougeur érysipélateuse autour du point où l'on a fait l'inoculation, ne persiste pas).

A partir du 17 août la température reste à la normale et la malade sort guérie.

OBSERVATION VI

SEPTICÉMIE ATTÉNUÉE (*débutant dix jours après l'accouchement*).

PHLEGMATIA ALBA-DOLENS. — SALPINGITE DROITE. — CURETTAGE. — DRAINAGE. GUÉRISON.

M... G..., âgée de 22 ans primipare, entrée le 14 juin 1892, salle Mauriceau.

Antécédents héréditaires sans importance.

Antécédents personnels Toujours bien portante. Réglée à 16 ans, irrégulièrement. Retards dans les règles. A deux reprises différentes, retard de deux mois. Jamais de perte de sang abondante. Au moment du début des règles les coliques menstruelles durent un jour. Jamais de leucorrhée. Pas de fausses couches.

1^{re} grossesse en 91, quelques vomissements, pertes blanches abondantes pendant le dernier mois.

1^{er} juin. — Accouchement spontané et à terme chez une sage-femme de la ville. Enfant vivant et bien portant.

Tout se passe bien dans les premiers jours, pas de fièvre, pas de lochies fétides. La montée du lait se fait sans accident.

Dix jours après l'accouchement elle est prise de douleurs violentes dans le côté droit du ventre, les lochies deviennent fétides, et la fièvre se déclare. Malgré ces symptômes, la malade veut retourner chez elle, où elle est obligée de se mettre au lit.

Elle a tous les soirs un frisson violent accompagné d'élévation de température et suivi de sueurs abondantes. Les douleurs du ventre ne font qu'augmenter.

Au bout de 3 jours elle se décide à entrer à la Maternité, 14 juin 1892.

La malade ne présente pas d'état général grave, les traits ne sont pas altérés, cependant elle a des sueurs abondantes et de l'albumine en petite quantité dans les urines.

Le ventre est légèrement ballonné et douloureux à la pression surtout du côté droit de l'utérus. Ce dernier est encore volumineux et dépasse notablement la symphyse.

Les lochies purulentes sont légèrement fétides. Par le toucher le col est largement déchiré à gauche et entr'ouvert, sa plaie est recouverte d'une fausse membrane blanc grisâtre formée de pus concrété, ce que nous permet de constater le spéculum. On voit également s'écouler par l'orifice du col du pus jaune verdâtre. L'utérus est douloureux dans toutes ses parties, le cul-de-sac latéral droit est également douloureux et rempli par une masse dure formée par la trompe enflammée. Il existe également de la péri-salpingite.

Lorsqu'on introduit un hystéromètre dans l'utérus le pus s'écoule en abondance, mélangé de débris noirâtres.

On fait matin et soir une injection intra-utérine avec le permanganate de potasse à 1/1000, à cause de l'albuminurie. Bromhydrate de quinine 1 gr. Le lendemain 15 la température monte à 39° le matin et tombe à 37° le soir. Deux injections intra-utérines.

Le 26 juin, la présence de débris noirâtres dans le liquide de l'injection nous engage à pratiquer un curettage qui est fait avec la curette tranchante, l'utérus étant quoique gros bien revenu sur lui-même.

Il est suivi d'une cautérisation au chlorure de zinc et d'un drainage à la gaze iodoformée créosotée.

Les débris retirés de l'utérus, formés de caduque épaissie, examinés, au microscope montrent la présence des microbes en points et en chaînettes. Les lochies cultivées donnent nombreuses colonies des streptocoques, accompagnés de microcoques et de diplocoques morbides.

Le sang cultivé donne les mêmes résultats.

La femme allaitant son enfant on prend également du sang de ce dernier mais les cultures restent stériles.

Du 17 au 20 juin la température reste normal, l'albumine diminue dans es urines.

On continue les injections intra-utérines et le drainage.

Le 22 T. matin 37° ; soir 38° 4.

Le 23 T. matin 37° ; soir 39° .

24 T. matin et soir 37° .

25 T. 38 matin et soir.

26 T. 39° 6 le matin 39° le soir.

27 T. 37° matin et soir.

28 T. matin 37° 6 le soir 39° 6.

A partir du 29 la température oscille autour de 37° excepté le 2 juillet et le 9 où elle atteint 38° et 39°.

Les examens bactériologiques nous donnent toujours des streptocoques dans le sang, mais les chaînettes n'ont plus que 4 à 5 éléments, puis trois à quatre seulement. Enfin le 10 juillet on ne retrouve plus que des microcoques et des diplocoques mobiles.

Les cultures des lochies restent stériles.

Le 6 juillet sans qu'il y ait eu élévation de température la malade se plaint de douleurs sourdes dans la cuisse droite. La pression à ce niveau est un peu douloureuse. Les mouvements du membre non abolis sont douloureux. Les jours suivants on note un peu d'œdème de la cuisse et de la la jambe, la température atteint 38° le 9 juillet, 38° le 11 juillet.

Le 12 juillet. — La douleur à la pression a augmenté dans le pli inguinal droit sur le trajet des vaisseaux fémoraux et au niveau du mollet.

L'œdème est toujours insignifiant, mais on note une légère hydarthrose du genou droit.

14. — Douleurs dans la cuisse gauche, sans œdème, légère hydarthrose de ce côté.

Le 15 la température atteint 38° 8 le soir.

Les 16, 17, 18, 19, 20 la température se maintient à 38°.

Les examens bactériologiques nous montrent dans le sang le retour des chaînettes de 5 à 6 éléments qui deviennent surtout nombreuses du 31 juille

au 4 août, période pendant laquelle il existe de grandes oscillations de température, 37° et quelques dixièmes le matin, 39° et 39° 2 le soir.

Cette élévation de température, n'est expliquée ni par la phlegmatia ni par la salpingite presque disparues. Nous ne pouvons admettre que la présence des streptocoques dans le sang comme cause de cet état.

A partir du 5 août la température devient normale.

Le 8 août. l'œdème et les douleurs des membres inférieurs ont disparu.

Les cultures du sang à partir de ce moment ne contiennent plus que des microcoques et quelques rares chainettes de 3 à 4 éléments.

Enfin tout microorganisme disparaît à partir du 10 août.

La malade sort guérie à la fin d'août.

La salpingite a disparu et les culs de sac sont souples.

OBSERVATION VII

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE. — FORME PROLONGÉE. — ACCÈS FÉBRILES INTERMITTENTS. — BRONCHO-PNEUMONIE. — LÉGÈRE PHLEGMATIA DOLENS. — GUÉRISON.

La nommée Cécile J., âgée de 24 ans, femme de chambre. Primipare. Entre dans le service d'accouchement le 17 décembre 1891. Entrée le 30 décembre, salle Mauriceau n° 2.

Née à la Maternité de père et mère inconnus. Elevée aux enfants assistés.

Réglée à 12 ans 1½ très irrégulièrement. N'a jamais eu de maladie grave. Légère chloro-anémie.

Grossesse débute en mars 1891. Rien à noter pendant toute sa durée.

Elle entre dans le service d'accouchement le 17 décembre 1891.

18 décembre. — Accouchement spontané et à terme en O. I. G. A. La délivrance ne se fait pas et on voit se produire une hémorrhagie mixte abondante. La *délivrance artificielle* est faite par une des aides sages-femmes. On la fait suivre de plusieurs injections intra-utérines avec la

solution de permanganate et de sublimé. Température 37°6 le matin, 37°8 le soir. Pouls à 96.

19 décembre. — Température 37°2 37°6. Deux injections intra-utérines.

20 décembre. — Température matin 36°3, monte le soir à 38°6. 3 injections intra-utérines précédées d'injections vaginales à l'eau oxygénée.

Du 21 au 26 se produisent de grandes oscillations de la température qui le matin descend à 38° ou même au-dessous de 37°, pour remonter le soir à 39°2 39°6, le pouls restant au-dessous de 100.

Le 23 l'élévation de température est précédée d'un grand frisson avec chaleur et sueurs abondantes.

Les traits s'altèrent, la face est pâle, les yeux excavés. Du côté de l'abdomen on note un peu de ballonnement, mais aucune douleur spontanée ou à la pression. Pas de douleur dans les culs-de-sac par le toucher vaginal. Les lochies ne sont pas fétides. Albuminurie. La malade se plaint d'un violent point de côté dans la partie droite du thorax, on trouve là tous les signes d'une *congestion pulmonaire* intense. Toux, expectoration striée de sang.

26 décembre. — La malade a deux grands frissons la température monte à 40°. La dyspnée est intense. Application de ventouses. Alcool. Sulfate de quinine. On continue toujours les injections intra-utérines.

27 décembre. — 2 frissons à la suite desquels la température atteint 41°8.

28 décembre. — La température malgré le frisson tombe à 39°6 le matin et à 36°4 le soir.

29 décembre. — Nouveau frisson, température monte à 40°6.

30 décembre. — La malade est passée dans le service de M. L.-La-grave, elle est dans un état général grave, avec une dyspnée intense, sueurs abondantes, vomissements.

Cependant du côté du ventre et des annexes on ne constate que peu de chose. Rate et foie volumineux, lochies légèrement fétides, un peu de dou-

leur sur les côtés de l'utérus et dans les culs-de-sac. À partir de cette époque la malade présente toujours de grandes oscillations de température, laquelle atteint le 6 janvier 41°.

La congestion pulmonaire persiste mais tend à la régression. On note presque jour un grand frisson avec claquement des dents, chaleur et sueur.

La dyspnée diminue mais l'état général est toujours très précaire. La malade ne s'alimente que très peu, lait, bouillon. On continue pendant quelque temps à faire des injections intra-utérines. Sulfate de quinine. Caféine.

Le 1^{er} février. — Au moment où nous prenons le service d'interne, l'état général est toujours le même, les grandes oscillations existent encore, la température atteignant souvent 40° après un frisson. Le pronostic porté est très grave (Rien du côté des organes génitaux).

Les jours suivants nous assistons à une rescrudescence de la dyspnée, de la toux et de l'expectoration. Tout le poumon droit est le siège de râles fins et un souffle intense est perçu au niveau de l'angle de l'omoplate. Il existe de plus de la matité surtout marquée au sommet de ce côté (Ventouses sèches, alcool, caféine).

Le 8 février la température monte à 40°, le 10 à 41°2.

Les râles se montrent du côté gauche du poumon. Etant donnés l'état général, la dyspnée, la généralisation de la congestion et les points de broncho-pneumonie, à droite et à gauche, on pense à une tuberculose généralisée. (On donne des injections sous-cutanées de gayacol). Les crachats examinés au point de vue bactériologique ne renferment pas de bacilles, mais en revanche nous trouvons une quantité de microbes les uns en chaînettes très accentuées, les autres en points doubles encapsulés.

Nous faisons également à ce moment l'examen du sang au moyen des cultures sur agar et dans le bouillon. Au bout de 36 heures nous pouvons constater de nombreux points caractéristiques des streptocoques. Les chaînettes sous le microscope ont de 6 à 8 éléments. Elles sont accompagnées de points rangés sans ordre et de diplocoques très mobiles.

L'examen des cultures sur bouillon nous donne les mêmes résultats,

Les cultures de liquide utérin restent stériles,

Du 10 au 22 février. — La congestion pulmonaire, reste toujours très intense, et l'on voit naître des foyers de broncho-pneumonie dans divers points des deux poumons, toujours des frissons.

Le 23 février, il se produit une chute de la température au-dessous de 37°. Elle remonte cependant à 39°8 le 25, mais à partir de ce moment, les phénomènes pulmonaires s'amendent, l'état général devient meilleur et la malade commence à s'alimenter.

La température oscille entre 37° le matin et 38°6 le soir. On continue toujours les injections hypodermiques de gayacol.

Nous faisons des cultures de sang, tous les huit jours, elles nous montrent toujours des microbes, mais les chaînettes disparaissent de plus en plus, elles n'ont bientôt plus que 3 à 4 éléments. En revanche, les microcoques et les diplocoques recouvrent le champ de la préparation.

À partir du 6 mars, la température se maintient à 39°, la congestion pulmonaire disparaît totalement. On ne trouve plus dans les cultures primitives du sang que des microcoques et des diplocoques. Mais, fait remarquable, si l'on fait une culture secondaire dans le bouillon, on voit reparaitre les chaînettes en abondance, ce qui semblerait prouver que la disposition en points séparés n'est qu'une des modalités du streptocoque.

La malade s'alimente et engraisse. Vers le 15 mars, on lui permet de se lever. Au bout de quelques jours elle se plaint de douleurs dans la cuisse gauche, on constate ce phénomène par la pression sur la veine saphène interne qui est le siège d'une légère phlegmatia dolens. Un peu d'œdème de la cuisse et du pied se produit les jours suivants. La malade est immobilisée, et on fait de la compression ouatée.

Les cultures à ce moment ne nous donnent plus que des microcoques, qui finissent par disparaître eux-mêmes.

La malade sort le 16 avril. Avant son départ quatre tubes d'agar sont ensemencés mais on ne trouve plus de cultures.

Elle revient nous voir après son séjour d'un mois au Vésinet, elle est entièrement rétablie.

Les organes génitaux sont en parfait état, et les poumons n'offrent plus aucun signe stéthoscopique. De nouvelles cultures du sang restent stériles.

OBSERVATION VIII

ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE DU GENOU GAUCHE PENDANT LA GROSSESSE. — POUSSÉE INFLAMMATOIRE DANS L'ARTICULATION APRÈS L'ACCOUCHEMENT. — SEPTICÉMIE LÉGÈRE. — SALPINGITE. — PÉRISALPINGITE.

Entrée salle Désormeaux, en janvier 1892. Entrée salle d'accouchement le 27 février. Entrée salle Mauriceau le 11 mars. N° 8.

La malade s'est toujours bien portée jusqu'à sa grossesse actuelle. Réglée à 14 ans très régulièrement. Leucorrhée toujours assez abondante.

Sa grossesse commence en juin 1891, tout se passe bien dans les premiers temps et on ne trouve à noter que quelques vomissements.

La leucorrhée augmente et de blanche qu'elle était devient jaune verdâtre, empesant le linge. En même temps la malade souffre beaucoup pendant la miction.

Au mois de décembre la malade est atteinte d'une arthrite du genou gauche se manifestant au dire de la malade par une rougeur, un gonflement considérable et des douleurs excessives. La fièvre aurait été aussi très vive. Elle entre à la Maternité et est placée dans la salle Désormeaux. On l'immobilise, on applique des pointes de feu et on fait de la compression ouatée.

Au commencement de février nous voyons pour la première fois la malade, il nous est facile étant donné l'écoulement vaginal et urétral de faire le diagnostic d'arthrite blennorrhagique.

La période aiguë est passée, le gonflement en partie disparu, mais les mouvements communiqués sont encore douloureux et le membre reste dans une semi ankylose. De nouvelles pointes de feu sont appliquées et on fait faire des injections vaginales avec la solution de sublimé à 0,25 0/0.

Le 27 février au moment de son accouchement tout gonflement de l'article a disparu, la malade ne ressent plus aucune douleur à la pression et les mouvements sont un peu plus étendus.

L'accouchement est spontané et à terme. La délivrance est naturelle et complète. On donne à la malade les soins habituels. On la garde dans le service d'accouchement, et jusqu'au 7 mars rien d'anormal ne se produit.

Le 7 mars la température monte le soir à 38° 4, sans frissons. La malade a toujours d'abondantes pertes blanches ou verdâtres qui se mêlent aux lochies. Ces dernières ne sont pas fétides. Douleurs à la miction. Les 8, 9, 10, la température revient à la normale.

Cependant depuis l'élévation de temp. du 7 mars, l'articulation du genou gauche est devenue plus douloureuse plus gonflée, les mouvements sont impossibles, aussi la malade est-elle passée dans le service de M. L.-LAGRAVE.

Le 11 mars. — Nous examinons la malade, aux signes précédemment cités s'ajoutent de l'empâtement périarticulaire et une difficulté plus grande de mouvoir l'articulation.

Il paraît s'être fait une nouvelle poussée inflammatoire du côté de l'articulation. On ne constate que peu de liquide dans la cavité articulaire (Immobilisation).

Nous constatons en même temps que les pertes sont très abondantes, et que la douleur à la miction persiste. Au toucher nous trouvons l'utérus encore gros, le col est déchiré surtout à droite. Les culs-de-sac paraissent libres à ce moment, cependant la pression réveille une douleur assez vive dans le cul de sac droit.

Le 11 la température monte à 38° le matin, à 38° 8 le soir. On fait des injections vaginales au sublimé.

Examen bactériologique. — L'examen direct du pus qui s'écoule du vagin montre une grande quantité de gonocoques, en petits amas entourant les globules de pus. Dans certains points nous trouvons également quelques chaînettes de 3 ou 4 éléments.

Nous faisons des cultures de ce même pus, et au bout de 36 heures nous trouvons de nombreuses colonies ayant l'aspect du streptocoque.

C'est en effet l'organisme que nous trouvons au microscope et il est

accompagné de microcoques. Les cultures du sang donnent également le même microbe.

Les 12, 13, 14, 15, la température monte de 38° le matin à 38°9-39 le soir. Elle atteint 39°2 le 14.

L'état général ne paraît pas très mauvais. Cependant la malade est pâle, anémiée et ne se nourrit pas. Un peu d'albumine dans les urines, retirées avec la sonde après lavage de l'urèthre.

L'arthrite a une tendance à la régression.

La malade se plaint d'une douleur assez vive dans le côté du ventre, la pression exagère cette douleur. Par le toucher on constate que le cul-de-sac latéral droit, que nous avons trouvé libre et douloureux quelques jours avant, est rempli par une masse volumineuse légèrement résistante.

Il est facile de voir que nous avons affaire à la trompe enflammée, accompagnée de përisalpingite. La pression sur la tumeur est très douloureuse. Au spéculum on trouve le col déchiré et enflammé, son canal laisse écouler un pus verdâtre.

Nous faisons un lavage de la cavité utérine avec la solution de sublimé, suivie d'un drainage à la gaze iodoformée créosotée.

Le 17, la température tombe à 37°, mais le lendemain elle monte de nouveau à 39°.

On continue le drainage.

Les jours suivants la douleur due à la salpingite diminue. La température baisse progressivement. On se contente de faire des injections vaginales chaudes.

18 mars. Temp. matin 37° 2, soir 38° 2.

19 — Temp. — 37° — 37° 6.

21 — Temp. — 37° 6, — 36° 6.

28 — Temp. — 38° 6, — 37°

A partir de ce moment la température se maintient autour de 37° atteignant seulement le 26 mars 38°, l'écoulement vaginal a presque entièrement disparu. *Les cultures faites avec ce liquide restent stériles. Il en est de même de celles que nous faisons avec le sang.*

La tumeur salpingienne diminue de jour en jour, on peut la presser sans provoquer de douleur. On panse la cavité utérine (après lavages) avec des crayons iodoformés.

L'arthrite est revenue à l'état où elle était avant l'accouchement, une semi-ankylose persiste, permettant la marche cependant.

La malade va au Vésinet. Le 5 avril il ne reste plus dans le cul-de-sac droit qu'un cordon représentant la trompe et du volume d'un porte-plume ordinaire.

OBSERVATION IX

SEPTICÉMIE PROLONGÉE. — ABCÈS DU SEIN. — HYDARTHROSE DES DEUX GENOUX. — PHLEGMATIA ALBA DOLENS DOUBLE. SALPINGITE DROITE.

La nommée Val... Léontine, primipare âgée de 20 ans, domestique. Entre le 18 janv. 1872 dans le service d'accouchement. Entrée, le 3 mars, salle Moriceau, n° 10.

La malade a toujours été bien portante. Régliée à 15 ans 1[2] toujours régulièrement.

Grossesse. Dernières règles le 17 avril 1891. Vomissements abondants, œdème des jambes, pas de varices. Leucorrhée abondante, jaune verdâtre. Douleurs à la miction pendant toute la grossesse.

Accouchement à terme le 19 janvier 1892 à 7 h. 45 matin. Enfant vivant du poids de 4050 gr envoyé en nourrice meurt au bout de deux mois.

Délivrance naturelle et complète, à la suite hémorrhagie abondante par inertie utérine. Injections chaudes deux injections hypodermiques d'un gramme d'ergotine Yvon.

L'hémorrhagie continue, mais légère jusqu'à 3 h. de l'après-midi. Pâleur, lypothymies, pouls à 100.

Jusqu'au 23 janvier la température oscille autour de 37°. Pouls à 80, 90. 23 janvier. — Température monte le soir à 38°6. Pouls à 100.

Pas de lochies fétides, ni de douleurs de ventre. Mictions toujours dou-

leureuses. On constate des gergures du sein droit, avec des trainées lymphangitiques. On applique des compresses boriquées et on fait de la compression ouatée.

26 *janvier*. — Température 38°4, pouls 120. On fait quatre injections intra-utérines. Sulfate de quinine 0,50 centigr.

27 *janvier*. — Température 37°2, 37°6. Pouls très rapide. Traitement id.

28. — La malade se plaint de douleurs abdominales spontanées, pas de ballonnement du ventre. Traitement id. plus sac de glace sur l'abdomen.

29-30. — La température monte progressivement à 39°8. Toujours rougeurs et gonflement du sein droit.

31. — On supprime le sac de glace. Température 37°6.

1^{er} *février* et jours suivants. — La malade a des frissons répétés suivis de sueurs, la température monte à 39°.

Pouls rapide à 120-130. L'abcès du sein s'accuse davantage. La malade se plaignant de douleurs plus vives en urinant, on pratique des lavages de la vessie avec l'eau boriquée.

8 *février*. — Ouverture de l'abcès du sein, pus en grande quantité, température varie de 38° à 39°.

16 *février*. — Nouveaux frissons, température monte à 39°4. Evacuation du pus renfermé dans les clapiers.

Du 16 au 22 la température oscille entre 37 et 38°.

22 *février*. — La malade se plaint de douleurs vives dans la cuisse et le mollet gauche. Gonflement considérable du genou. Hydarthrose. Léger gonflement du membre dans toute son étendue.

Du 22 au 28 la température s'élève de nouveau et progressivement jusqu'à 39°2. A ce moment la jambe et le pied gauche sont considérablement augmentés de volume.

On constate tous les signes d'une phlegmatia alba dolens gauche ayant débuté par une hydarthrose du genou distendu par une grande quantité de liquide.

Nous sommes au 33^e jours après l'accouchement.

3 mars. — La malade est passée dans le service de M. Labadie-Lagrave. Nous constatons tous les signes précédemment décrits du côté de l'articulation du genou gauche.

Du côté droit le genou est aussi et depuis peu d'heures très douloureux. Il y a du gonflement et une petite quantité de liquide dans l'articulation. Il n'existe pas à ce moment de douleur en aucun autre point. Pas de gonflement d'une autre partie du membre.

Traitement. — Liniment calmant, immobilisation, enveloppement ouaté. L'abcès du sein est guéri. Albuminurie légère, régime lacté.

La température oscille autour de 38° ne dépassant pas 38°6 jusqu'au 14 mars, puis elle tombe à 37°.

Bactériologie. — A l'entrée de la malade.

Cultures de sang sur agar et dans le bouillon.

Nombreuses streptocoques en chaînettes de 4 à 5 éléments, se colorant très bien par la méthode de Gram.

Microcoques et diplocoques mobiles.

Cultures des lochies stériles.

Le 10 mars. — On voit apparaître des douleurs dans le mollet et la cuisse droite, le membre inférieur s'œdématise et présente bientôt tous les signes d'une phlegmatia ab adolens.

Il existe toujours de l'albumine dans les urines, mais elle disparaît peu à peu dans les jours suivants.

Le 14. — La température descend et se maintient à 37°.

Les jours suivants les douleurs disparaissent, mais les articulations contiennent toujours du liquide et l'œdème persiste pendant de longues semaines.

Les mouvements restent longtemps douloureux.

La douleur à la miction disparaît.

Le 25 mars. — La malade se plaint de douleurs dans l'abdomen. Il n'y a pas de ballonnement du ventre, ni d'élévation de température.

Le toucher et le palper combinés permettent de constater une salpingite droite, du volume d'une châtaigne et très douloureuse à la pression. On

se contente de faire des injections vaginales chaudes avec la solution de sublimé à 0,25 pour 100.

Bactériologie. — Les cultures du sang donnent toujours des streptocoques, mais les chaînettes ne contiennent plus que 3 à 4 éléments au plus.

La malade reste dans le service pendant les mois d'avril, mai, juin et juillet sans présenter rien de bien notable ; la température reste à la normale, le gonflement des jambes diminue progressivement, l'hydarthrose disparaît, mais les mouvements sont toujours difficiles et douloureux. Le 6 mai élévation de température à 39°.

On pratique des examens bactériologiques tous les 10 ou 15 jours, et on est frappé de la persistance des microbes dans le sang. Cependant les chaînettes sont peu nombreuses et on finit par ne plus trouver que des microcoques.

L'élévation de température du 6 mai coïncide avec des douleurs dans les articulations et une légère recrudescence de la phlegmatia. Le sang contient à ce moment des chaînettes plus étendues.

A partir du mois de juin les organismes disparaissent complètement, les cultures faites sur différents milieux restent stériles.

La salpingite a complètement disparu.

OBSERVATION X

INFECTION PUERPÉRALE ATTÉNUÉE. — MÉTRITE, PÉRIMÉTRITE. — PHLEGMATIA LÉGÈRE DE LA SAPHÈNE GAUCHE. — STREPTOCOQUES DANS LE SANG. — GUÉRISON. (*Renseignements fournis par M. le Dr Savornin*).

Mme H... 23 ans, grande hystérie.

Le 28 janvier. — Expulsion d'un fœtus de 5 mois mort et macéré. (6 heures du soir).

(La poche des eaux s'était rompue le matin à 8 heures, laissant écouler un liquide brunâtre.) Délivrance spontanée complète.

Injectons intra-utérines à la solution de sublimé au 1/4000. Mèche iodoformée intra-utérine. Tamponnement iodoformé.

Le 29. — Col fermé, utérus en légère antéverson. Injectons vaginales avec la même solution. Tamponnement iodoformé. Pas d'élévation de température.

Le 30. — Douleur dans l'abdomen. Au toucher, signes de périmérite et de salpingite droite.

Douleur à la partie moyenne de la saphène interne gauche. Léger œdème. (Phlegmatia. Alba dolens).

Temp. 36° 7 le matin, 37° le soir. Même traitement. Vésicatoire.

Le 31 janvier. — On note la présence de l'albumine dans les urines. La température reste à la normale. Même trait. local. Purgatif.

1^{er} février. — Les douleurs de l'abdomen persistent. Rétention d'urine. Le soir, grand frisson, néanmoins la température ne dépasse pas 38° 2. Sulfate de quinine. Caféine.

2 février. — L'albumine a considérablement augmenté. La malade souffre d'une dyspnée intense. Pas de frisson, température le soir 37° 8.

M. Labadie-Lagrave est appelé, il constate un état général relativement bénin, conclut à une septicémie atténuée, avec localisations dans le ligament large et la trompe droite, sur le saphène et sur les reins. Le pronostic est favorable.

Traitement. Injectons horiquées. Régime lacté exclusif. Caféine.

Le 3 février. — Nous nous rendons sur le conseil de M. Labadie-Lagrave auprès de la malade qui veut bien nous laisser prendre du sang pour le cultiver.

L'état général nous paraît excellent, il n'y a pas de fièvre, les douleurs spontanées de l'abdomen ont disparu.

Le 4 février, nos cultures sur agar et dans le bouillon nous ont donné une abondante prolifération de streptocoques.

Les chaînettes ont de 4 à 6 éléments. Le docteur Savornin continue l'antiseptie intra-utérine et vaginale.

Le 12 février, la température est à 36°7, matin et soir.

La phlegmatia a disparu.

L'albumine n'existe plus dans les urines qu'à l'état de traces.

L'état local est meilleur : une petite douleur persiste à la pression dans le ligament droit, mais la tuméfaction est à peine appréciable.

Aujourd'hui la malade est complètement guérie. Nous n'avons pas eu l'occasion de voir la malade depuis le 3 février, et de faire de nouvelles cultures, mais il était intéressant de constater l'état septicémique coïncidant avec des localisations variées.

OBSERVATION XI

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE SUITE DE RÉTENTION PLACENTAIRE. — HÉMIPLÉGIE GAUCHE AVEC CONTRACTURES TRÈS PRÉCOCES —. PHLEGMATIA ALBA DOLENS DOUBLE.

R. Eugénie, âgée de 31 ans, primipare. Entrée le 29 janvier 92, dans le service d'accouchement. Entrée le 8 février salle Moriceau 3.

Antécédents héréditaires sans importance.

Antécédents personnels. Réglée à 13 ans régulièrement, à 15 ans chloro-anémie, règles peu abondantes. Cet état dure jusqu'à 29 ans. La malade même avant son accouchement était très pâle, et souffrait souvent de palpitations. Mariée le 10 janvier 1891.

Grossesse. Commence en avril 1891, bonne, l'anémie est moins accentuée.

25 janvier 1892. — Accouche à terme, enfant petit, vivant et bien portant à l'heure actuelle.

L'accouchement est fait en ville par une sage-femme. Douleurs violentes, la malade perd connaissance, a un délire violent. La sage-femme trouvant le travail trop long (24 heures) administre 2 gram. d'ergot de seigle. L'expulsion se fait par le sommet, la femme ne reprend connaissance que 2 heures après.

La délivrance ne se fait pas malgré les efforts réitérés de la sage-femme. Antisepsie avec sublimé.

On fait appeler deux médecins successivement, qui malgré 4 ou 5 essais ne peuvent arriver à vaincre la résistance du col. Ils ordonnent des tampons enduits d'extrait de belladone mais sans résultat.

26 janvier. — Frissons violents, fièvre, la température n'est pas prise.

27 janvier. — La sage-femme fait de nouveau des tentatives d'extraction, le cordon tout entier lui reste à la main.

Elle fait transporter la malade à la Maternité.

La délivrance artificielle est pratiquée par notre collègue et ami Renault interne du service. Injection intra-utérine au permanganate de potasse.

40 heures après, frissons et fièvre.

Température du soir — 39°4. — Pouls 120. — Le soir 160.

30 janvier. — Température 40°2 le matin. — Pouls 180.

— — 39°4 le soir. — 120.

On continue les injections intra-utérines.

31 janvier. — Pouls et température sont descendus à la normale.

1^{er} février. La température commence à remonter aux environs de 38°. Pouls 102. Sac de glace sur le ventre, injections intra-utérines matin et soir. Sulfate de quinine 0,50 centig.

2 février et jours suivants, jusqu'au 5. La température monte progressivement jusqu'à 39°6. Pendant cette période la malade accuse des douleurs violentes dans le ventre, ses traits s'altèrent, son corps est recouvert d'une sueur froide. Dès le 2 on constate de nombreuses gardes-robes diarrhéiques, jaunes très fétides. Même traitement.

Le 5 février dans la nuit, pendant son sommeil la malade a une attaque d'apoplexie. Elle se réveille complètement hémiplégique du côté gauche. La sage-femme de garde constate que tout le côté gauche est flasque et immobile quelques heures après l'hémiplégie a fait place à une contracture complète.

Le 6 février. — La malade est transportée au n° 3 de la salle Moriceau

Température le matin 39°6. Pouls 136.

— le soir 41°. Pouls 136.

On fait deux injections intra-utérines, au sublimé, bien qu'il y ait quelques traces d'albumine dans l'urine.

La contracture de tout le côté gauche est complète, membre inférieur, membre supérieur, face. On provoque des douleurs violentes lorsque l'on cherche à mobiliser les membres.

Les sensibilités au froid, à la chaleur, à la piqûre sont complètement abolies.

Du côté du visage la commissure est tirée du côté gauche, l'œil gauche ne peut se fermer complètement. La langue elle-même est déviée à gauche. La parole est très difficile. On ne constate pas de perte de mémoire. La malade a de l'incontinence des matières et de l'urine.

Le ventre est légèrement douloureux au niveau des cornes utérines mais non ballonné. L'écoulement vaginal est légèrement fétide. On fait matin et soir une injection intra-utérine, laquelle ramène des débris noirâtres très fétides.

Les urines sont rares, foncées et renferment 0, 50 centigr. d'albumine par litre.

A partir de ce moment on fait les injections utérines avec la solution naphtolée et l'eau oxygénée.

Le 8 février La T. monte à 41° le soir. On continue les injections intra-utérines matin et soir pendant environ quinze jours. La T° se maintient autour de 38°, oscillant entre 38° le matin et 38° 6 le soir, La diarrhée continue. La malade est toujours très prostrée, mais cependant répond mieux aux questions qu'on lui pose. Rien à noter du côté de l'utérus et des annexes.

Examen bactériologique. — Le liquide qui s'écoule de l'utérus est cultivé. On y trouve de nombreux streptocoques ayant 6 à 8 éléments, des microques, et un bacille grêle, allongé se colorant fortement. Les cultures du sang renferment également avec les microcoques et les streptocoques le même bacille.

On répète les examens à 5 ou 6 jours d'intervalle et l'on voit successivement disparaître d'abord tous les microbes du liquide utérin, puis successivement dans les cultures de sang, d'abord les bacilles puis les streptocoques. Pour mieux dire on trouve des chaînettes de trois à 4 éléments au milieu de nombreux diplocoques et microcoques.

La contracture se maintient, mais les diversés sensibilités reviennent peu à peu.

Le 25 février. — La malade se plaint d'une vive douleur au-dessus de la cuisse et du mollet gauche (côté contracturé).

On constate tous les signes d'une phlegmatia-alba dolens, et l'œdème léger au début augmente de plus en plus. Le soir même la température monte à 39°4 et se maintient à ce taux jusqu'au 29 février.

Immobilisation et pansement ouaté. Liniment chloroformé laudanisé.

Examen bactériologique. — Pendant cette période les cultures de sang donnent des chaînettes de 5 à 6 éléments mais peu abondantes. En revanche les diplocoques et les microcoques sont nombreux.

La température descend progressivement jusqu'à 37°. Le 29 février elle remonte à 38°. On constate de nouvelles douleurs dans la cuisse et le mollet gauche.

Malgré la phlegmatia la malade s'alimente et engraisse notablement. L'albumine a disparu des urines.

La température se maintient entre 37° et 38° jusqu'au 25 mars. Pendant toute cette période les cultures du sang donnent des microcoques et de streptocoques peu abondants.

Le 24 mars la malade se plaint d'une vive douleur dans la cuisse droite et le mollet droit, cette douleur est encore plus vive à la pression. La température qui était restée au-dessous de 38° les jours précédents monte le soir à 38°2.

Le 25 mars les douleurs s'accroissent, la température monte à 39°2. On constate le gonflement de la cuisse et de la jambe droite, laquelle est complètement impotente.

Le 26 la température est de 37°6 le matin, de 39°8 le soir. Cet état se

continue jusqu'au 2 mai. A partir de ce moment la température revient à la normale, l'œdème disparaît, les mouvements reviennent dans le membre supérieur droit.

L'examen bactériologique de sang, fait pendant cette période nous donne des cultures renfermant des streptocoques de 5 à 6 éléments.

Les examens suivants font constater la disparition progressive des chaînettes, puis des autres organismes. A partir du mois de juin les cultures restent stériles.

La malade est guérie de sa septicémie, elle a repris de l'embonpoint, mais la contracture persiste, bientôt se montrent des contractions fibrillaires douloureuses et il est facile de provoquer de la trépidation épileptoïde, symptômes indiquant la dégénérescence du faisceau pyramidal.

Le 18 mai, la malade a une angine légère, avec 38° de température, cet état dure peu, et l'examen ne révèle aucun organisme dans le sang.

OBSERVATION XII

PHLEGMATIA ALBA DOLENS DOUBLE PUERPÉRALE. CONGESTIONS PULMONAIRES RÉPÉTÉES.

L. Antonia, femme C. 25 ans, couturière, multipare. Entrée le 7 décembre 1891, dans le service d'accouchement. Entrée salle Mauriceau le 24 janvier 1892.

Antécédents héréditaires. — Sans importance (mère a eu 7 grossesses).

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à l'âge de 8 ans. Depuis bronchites fréquentes.

Réglée à 13 ans, jamais régulièrement.

A 16 ans chloro-anémie très prononcée, d'une durée de six ans. La malade aurait eu à cette époque une phlegmatia alba dolens de la jambe gauche et serait restée 8 mois alitée. Mariée à 21 ans.

1^{re} grossesse en 1888, fausse couche de deux mois.

2^e grossesse commence huit jours après l'avortement. Nouvelle fausse couche le 14 mai 1888. La malade a de la fièvre, et reste trois mois au lit

3^e grossesse en 1890, arrive à terme grâce à un séjour de trois mois au lit. Enfant bien portant meurt en nourrice 22 jours après.

Quelques jours après l'accouchement se déclarent les signes d'une septicémie puerpérale, la malade a de l'albuminurie, des troubles oculaires.

Les accidents puerpéraux graves se calment mais au bout de 15 à 20 jours, la femme est atteinte de phlegmatia alba dolens de la jambe gauche. Les douleurs sont très vives et l'œdème considérable. Après plusieurs mois de repos complet l'œdème disparaît incomplètement et la malade reprend son train de vie ordinaire le 13 décembre.

La malade conserve cependant de la difficulté à marcher, et à la moindre fatigue le membre gauche s'œdématie.

4^e grossesse au mois d'avril 1891. Pendant toute sa durée se produisent des vomissements, de l'albuminurie, de l'œdème des jambes. La femme est reçue dans le dortoir des femmes enceintes et mise au régime lacté absolu.

Accouchement spontané en O. L. G. A., et à terme le 10 janvier 1892. Enfant de 4000 gram. meurt 18 heures après son expulsion. Délivrance naturelle, placenta complet, membranes déchiquetées. Injection intra-utérine. L'urine est toujours fortement albumineuse.

La température reste normale jusqu'au 24 janvier, cependant pendant cette période de 14 jours, la malade a été prise 5 jours après sa délivrance d'un violent point de côté à droite de la poitrine. On a pu constater tous les signes d'une congestion pulmonaire intense avec expectoration sanguinolente, dont on constate encore les restes à son entrée dans le service de M. Labadie-Lagrave. Ventouses sèches, alcool.

L'examen bactériologique des lochies et du sang n'a pas été fait au début, la malade étant dans le service d'accouchement.

Le 24 janvier, la malade se plaint d'une douleur très vive dans la cuisse et le mollet gauche, la température monte à 38° 2 le soir, on la passe dans la salle Mauriceau le 25.

À son entrée on constate les signes ordinaires d'une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche, un œdème considérable se manifeste bientôt, le membre est tout à fait impotent. Urine fortement albumineuse.

Les 25, 26, 27 la température se maintient au-dessus de 38°. Les 28, 29, 30, 31, elle descend à 37° le matin pour remonter à 38° le soir.

Le 1^{er} février, jour de notre arrivée à la Maternité, se produit une nouvelle phlegmatia-dolens de la jambe droite, la température monte à 39° le soir.

L'œdème apparaît rapidement, et devient considérable.

Nous constatons en même temps une recrudescence de la congestion pulmonaire du côté droit, des crachats sanguinolents reparaissent, à gauche, râles ronflants et sibilants. Dyspnée violente, ventouses ; caféine à l'intérieur, 0,50 centigr.

Les jours suivants la température oscille autour de 30° atteignant quelquefois 39°. Puis la température descend à 37° et quelques dixièmes.

C'est à l'occasion d'une nouvelle élévation de température, le 13 février que nous pensons à examiner le sang de cette malade. L'examen direct ne nous donnant rien, nous faisons des cultures sur bouillon, gélatine, et gélatine-agar. Au bout de 36 heures nous trouvons de nombreuses colonies formant sur l'agar des taches de 2 à 3 millimètres de diamètre. Le bouillon s'est troublé, la gélatine s'est liquéfiée à la surface. L'examen de ces différentes cultures nous donne de nombreux microcoques, diplocoques, mais surtout des streptocoques en chaînettes de 6 à 8 éléments.

Une nouvelle élévation de température s'étant produite le 25 février, nous renouvelons les cultures lesquelles nous donnent toujours les mêmes organismes.

L'œdème persiste pendant longtemps, la congestion pulmonaire a des périodes d'extension et de régression sans élévation de température, jusqu'au 30 mars. Les examens du sang pendant cette longue période ne nous offrent plus que des microcoques, des diplocoques toujours abondants et mobiles, et de rares streptocoques bien constitués ayant 4 ou 5 grains.

Le 30 mars à la suite d'une nouvelle poussée de congestion pulmonaire la température remonte au-dessus de 38. Cet état persiste jusqu'au milieu d'avril avec des périodes d'apyrexie et de fièvre, puis tout rentre dans l'ordre. Les streptocoques disparaissent de plus en plus, puis en dernier lieu les

microcoques et les diplocoques. L'œdème diminue, ainsi que la congestion pulmonaire et la malade sort guérie.

Les cultures du sang faites avant la sortie restent toutes stériles.

OBSERVATION XIII

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE SALPINGITE ET PÉRISALPINGITE DROITE. —
CURETTAGE, DRAINAGE. — GUÉRISON

Marie Ernestine Cad. primipare âgée de 20 ans, couturière, entrée dans le service d'accouchement le 23 mars 1892.

Entrée dans la salle Maurieeau n° 8 le 3 avril 1892.

Antécédents héréditaires. — Sans importance.

Antécédents personnels. — De 3 à 7 ans fréquents évanouissements, on la considérait déjà comme anémique. Rougeole à 6 ans. Chloro-anémie à 14 ans, jusqu'à 17, époque de la première apparition des règles. Cés dernières sont très irrégulières et n'apparaissent que tous les 2 ou 3 mois. Cette irrégularité se maintient jusqu'à la grossesse.

Bronchites fréquentes. Pertes vaginales, blanches, jaunes, rosées.

Grossesse. — La grossesse commence à la fin de juin 1891. Elle s'accompagne de bronchite, de toux, et d'expectoration pendant toute sa durée. Jamais d'hémoptysie. Quelques vomissements. Les pertes augmentent, elles deviennent verdâtres et on note de plus des douleurs assez vives pendant la miction. A ce moment la malade remarque la présence de végétations vulvaires suintantes mais indolores. Elle deviennent plus abondantes à la fin de la grossesse.

Le 15 mars 1891 après quelques douleurs vagues dans les lombes et dans l'abdomen la malade commence à perdre du liquide, environ un verre par jour, et cela jusqu'au 22 mars.

Le 22 mars le travail commence et le 23 la femme entre dans le service d'accouchement. La poche des eaux n'est pas rompue, son ouverture se fait spontanément au début du travail.

La malade accouche spontanément, en présentation du sommet, le 24 mars à 11 heures du matin.

Déchirure périnéale de 2 cm. 4[?], on applique deux serres fines, mais la réunion ne se fait pas.

Délivrance naturelle et complète. Injection intra-utérine au permanganate de potasse à 1 0/00. Enfant du sexe féminin du poids de 3400, vivante et bien constituée.

Les 24, 25, 26 mai. la température et le pouls restent normaux. On fait des injections vaginales avec le bichlorure de Hg. à 25centg. pour 1000.

27 mars. — La malade se plaint de douleurs abdominales, la température et le pouls sont normaux. Application d'une vessie de glace sur l'abdomen.

28 mars. — Frissons répétés $T^0 = 38^0$ le matin, $38^0.4$ le soir. Diarrhée abondante, noire, fétide. Lochies fétides. On fait 3 injections intra-utérines avec le sublimé. Sulfate de quinine 0,50 g. et Naphtol, bismuth, diascordium.

Les 29, 30, 31 mars, 1^{er} avril, les frissons se répètent, tous les soirs la température monte progressivement jusqu'à 40^0 . Le pouls atteint 146. Le matin la température descend entre 38^0 et 39^0 , le pouls à 100. Les douleurs abdominales sont très vives sans être encore localisées. La diarrhée toujours fétide, est jaune, et on compte de 5 à 8 selles par jour, le plus souvent involontaires. Sueurs profuses, facies abdominal, vomissements abondant porracés, on constate de la toux, sans expectoration; râles fins, sous-crépitaux, sibilants dans les deux poumons surtout abondants aux bases. Même traitement.

3 avril. — La malade est envoyée dans la salle Moriceau, service de M. Labadie-Lagrave et est couchée au n° 8.

Le ventre est ballonné, douloureux à la pression, particulièrement du côté droit de l'utérus. A ce niveau on sent un empatement léger et encore peu appréciable. Les douleurs sont moins vives du côté gauche, et là on ne perçoit pas d'empatement. La malade dans un état de prostration complète, répond difficilement aux questions qu'on lui pose. Son corps est recouvert d'une sueur froide et visqueuse, les yeux sont exéavés, le nez

effilé. Les vomissements, porracés, sont presque incessants. La diarrhée est tantôt noire, tantôt jaune, horriblement fétide, et les selles sont rendues involontairement.

La langue est sèche et fuligineuse. Pendant son sommeil la malade a du délire, de la trémulation des mains, des soubresauts des tendons. Les urines sont légèrement albumineuses. Les parties génitales, vulve, vagin, sont recouvertes de végétations qui laissent écouler un liquide purulent. Les lochies, grisâtres, fétides renferment des lambeaux grisâtres et noirâtres.

La déchirure périnéale non réunie est recouverte de pus, reposant sur une plaie blafarde. Le col est déchiré et mou.

Les culs-de-sac paraissent libres, on provoque cependant une douleur assez vive dans le cul-de-sac latéral droit mais on ne sent pas encore d'empatement.

Traitement. — On fait une injection intra-utérine avec le sublimé à 0,25 centigramme pour 1000, avec la sonde de M. Budin. Le liquide qui s'écoule renfermant des lambeaux putréfiés, on se décide immédiatement à faire un curetage de l'utérus. On emploie la curette mousse, qui ramène de nombreux débris grisâtres et fétides. On pratique ensuite une injection utérine, suivie d'une cautérisation au chlorure de zinc (à 1/12) et d'un drainage avec la gaze iodoformée créosotée (à 1/3).

Glace sur le ventre. Sulfate de quinine 4 gr. Alcool. Naphtol à l'intérieur.

Bactériologie. — Les lambeaux enlevés sont formés de caduque épaisse, et ne renferment que de rares microcoques, et des bacilles de la putréfaction. Le liquide intra-utérin estensemencé sur le bouillon et la gélatine-agar. On prend également du sang (obtenu par une piqûre du doigt après asepsie, avec savon, sublimé à 1 pour 1000, lavage à l'alcool.) et onensemence plusieurs tubes. Dans tous on constate des cultures développées rapidement (36 heures) et contenant des microcoques et des streptocoques en chaînettes de 5 à 10 éléments, ces deux sortes de microbes sont immobiles, tandis qu'il existe à côté des diplocoques très mobiles.

On trouve de plus dans les cultures provenant du liquide utérin des bacilles grêles qui ne se colorent pas par la méthode de Gram.

Le 4 avril, la température tombe le matin à 37°, le soir à 37°, la malade est toujours dans un état de prostration profond et continue à avoir des douleurs abdominales, surtout du côté droit. Vomissements et diarrhée. L'albumine est en plus grande quantité dans les urines. On fait une injection intra-utérine naphtolée à 0,40 pour 1000. Pansement avec gaze iodoformée créosotée. Glace, lait, naphtol à l'intérieur.

Les 5, 6, 7, 8 avril, la température remonte et se maintient à 38°4 le matin et 39°6 le soir. Vomissements et diarrhée continuent. Délire, facies grippé. Malgré le ballonnement du ventre on sent très nettement un empatement considérable du côté droit de l'utérus, s'étendant jusqu'à la branche horizontale du pubis.

Au toucher on voit que l'utérus est repoussé du côté gauche par la masse inflammatoire qui occupe la trompe, l'ovaire droit et le tissu cellulaire environnant. Salpingo-ovarite, droite et périsalpingite. On continue malgré cela le même traitement en ayant soin de provoquer le moins de mouvements possibles du côté de l'utérus et des annexes. La sonde de M. Budin est introduite par un mouvement de cathétérisme, aussi la malade n'accuse-t-elle aucune douleur pendant l'opération.

Le liquide qui s'écoule ne contient plus de lambeaux, les lochies ne sont plus fétides. Cultivées elles donnent encore des microcoques et des streptocoques. Le sang contient les mêmes organismes se colorant très bien par le Gram (6 avril). Mais les chaînettes ne renferment plus que 4 éléments.

Du 7 au 14 avril, température oscille entre 38° et 39°. Le ballonnement du ventre diminue, les douleurs spontanées cessent, mais sont encore provoquées par la pression. La tumeur salpingo-ovarienne diminue et se limite. Moins de saillie dans le cul-de-sac droit. Cessation de la diarrhée et des vomissements.

La malade peut s'alimenter : lait, bouillon, potages. L'albumine ayant disparu on fait des injections avec la solution de sublimé.

Lesensemencements de liquides utérins et vaginaux ne donnent plus de cultures,

Le sang renferme des diplocoques et des microcoques mais on ne rencontre que de rares chainettes, qui finissent par disparaître.

Le 15 avril, — la température monte le soir à 40°6. La malade se plaint de vives douleurs dans le côté droit du thorax. On constate à ce niveau de la submatité, des râles muqueux abondants. Respiration rude légèrement soufflante. Râles sibilants dans le reste du poumons (congestion pulmonaire.)

Expectoration peu abondante, muqueuse striée du sang. L'examen bactériologique constate dans les crachats, des streptocoques et des microbes en point isolé.

L'examen des cultures de sang fait voir de nouveau des chainettes plus abondantes et contenant de quatre à cinq éléments. Ventouses sèches, alcool, caféine 0,50 centigrammes.

Rien de nouveau du côté des organes génitaux ; on se contente de faire des lavages vaginaux.

15 au 30 avril. — La température s'abaisse progressivement jusqu'à 37°4 et se maintient entre ce chiffre et 38° jusqu'au 13 mai. La congestion pulmonaire s'atténue et disparaît. La tumeur salpingienne diminue de plus en plus, et devient indolore à la pression. La malade s'alimente et engraisse notablement.

4 mai. — Les cultures du sang seules contiennent encore des diplocoques et des microcoques mais qui se colorent difficilement par le Gram. aucune chainette.

13 mai. — La malade se lève malgré notre défense, le lendemain 14, la température monte à 39°8, douleur dans le côté droit du ventre. La tumeur n'a pas augmenté. Repos complet.

On prélève du sang qui donne des cultures renfermant de nouveau des streptocoques en chainettes de quatre à cinq éléments.

Les jours suivants la température s'abaisse progressivement et à partir du 17 mai se maintient à 37°.

La tumeur devient de moins en moins appréciable.

Les diplocoques et les microcoques du sang, seul contenus dans et les cul-

tures finissent par disparaître complètement. La malade sort guérie le 6 juin.

Nous la revoyons un mois après la consultation, elle est entièrement guérie et la salpingite a totalement disparu. L'utérus laisse écouler un liquide peu abondant et complètement transparent.

OBSERVATION XIV

PHLEGMATIA ALBA DOLENS PUÉRPÉRALE. (PSEUDO-RHUMATISME INFECTIEUX).

La nommée B... Jeanne âgée de 21 ans primipare. Entrée dans le service d'accouchement le 6 mars. Entrée salle Mauriceau^o 4 le 26 mars 1892.

La malade s'est toujours bien portée jusqu'à son accouchement.

Réglée à 12 ans, régulièrement. Jamais de douleurs dans l'abdomen ou à la miction.

Grossesse en 1891. — Se passe bien. Pas de leucorrhée.

Le 7 mars accouchement à terme en O.I.GA.. Délivrance naturelle et complète 30 minutes après l'expulsion du fœtus.

Déchirure du périnée nécessite une périnéorrhaphie.

Déchirure du col allant à gauche jusqu'à l'insertion vaginal.

Jusqu'au 22 mars les suites de couche sont normales. Pas de fièvre, pas de douleurs dans le ventre. Pas de lochies fétides.

Le 22 mars, 17 jours après l'accouchement elle va à la crèche en qualité de nourrice.

Le 26 mars, elle est prise de douleurs dans la cuisse et le mollet gauches. Ces douleurs sont encore plus vives à la pression dans le triangle de Scarpa et au niveau du mollet.

Dès le lendemain on constate un gonflement œdémateux de la jambe, puis de la cuisse.

La veine saphène interne est noueuse moniliforme et très douloureuse. Fièvre. Température 40°.

Le 27 mars la malade entre dans la Salle Mauriceau.

Application de liniment calmant et enveloppement ouaté.

Température matin et soir de 38°8.

Elle continue à allaiter son enfant, et malgré les douleurs, l'état général reste bon.

Les jours suivants la température reste autour de 39°-39°5. Le membre est toujours douloureux, œdématié et impotent.

Le 30 mars, la malade a quelques douleurs dans la cuisse et le mollet droits, mais elles ne sont pas suivies d'œdème.

Examen bactériologique du sang à l'entrée. — Cultures sur agar, sur gélatine et sur bouillon.

Cultures sur agar. Colonies nombreuses, blanches. Streptocoques ayant de 8 à 10 éléments. Microcoques et diplocoques mobiles. Dans le bouillon, même fait.

Le 30 mars la température revient à la normale, l'œdème et les douleurs commencent à diminuer. Les cultures faites ce même jour donnent au bout de 36 heures des colonies contenant des microcoques, des diplocoques et des streptocoques n'ayant plus que 3 à 4 éléments.

La malade reste 3 mois au lit, pendant ce temps on assiste à la disparition graduelle mais très lente des douleurs et de l'œdème. Elle continue toujours à nourrir son enfant qui augmente régulièrement de poids.

Le sang est examiné tous les 5 à 6 jours, on trouve toujours des organismes, mais au bout de peu de temps on assiste à la disparition des chaînettes. Les microcoques persistent ainsi que les diplocoques. On examine à plusieurs reprises le lait de la mère et le sang de l'enfant, mais les cultures restent stériles.

Au bout de 3 mois la malade commence à se lever, les membres inférieurs se gonflent facilement, et la marche est douloureuse. L'application d'un bas élastique met fin à ces symptômes.

La malade se sent guérie et comme elle a beaucoup de lait elle demande à nourrir un autre enfant de la salle.

Avant de le lui permettre, on examine son sang, son lait et le sang de son enfant. Les cultures restent toutes stériles.

Elle passe à la crèche.

Dans les premiers jours de juillet, elle ressent des douleurs dans la plante des pieds, l'articulation tibiotarsienne et le genou droit.

Au bout de quelque temps les douleurs envahissent successivement les articulations du membre inférieur gauche puis les coudes, l'épaule et le poignet.

Le 27 juillet, — la malade est obligée de prendre le lit et de rentrer à l'infirmerie.

A ce moment le genou gauche est très douloureux et légèrement gonflé. Les épaules et le poignet gauche sont aussi le siège d'un gonflement douloureux.

Il y a une légère élévation de température 38°.

Le 29 juillet, la température monte à 38°6. Sueurs abondantes.

La température revient vite à la normale.

Rien au cœur, rien au poumon.

Les articulations atteintes, sont surtout prisés à leur pourtour, il existe là un gonflement inflammatoire, la peau est rouge et douloureuse.

Au fait le diagnostic de pseudo-rhumatisme infectieux.

Examen bactériologique. — Cultures du sang, du lait, et du sang de la mère et du sang de l'enfant restent stériles.

Le 12 août les douleurs articulaires ont bien diminué, la malade commence à se servir de ses mains et peut remuer les jambes. Pas d'élévation de température.

Le 20 août la malade commence à se lever mais elle est très faible et la marche est difficile.

Le 24 août les douleurs persistent encore mais très limitées dans les épaules, le poignet et le genou gauche. La marche est peu douloureuse.

Le 8 septembre marche facile, gêne dans les mouvements des bras.

La malade sort complètement guérie.

OBSERVATION XV

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE. — FAUSSES MEMBRANES SUR VAGIN ET COL. —
CYSTITES PURULENTES. — ABCÈS MULTIPLES ET VOLUMINEUX DES
REINS. — STREPTOCOQUES DANS UTÉRUS ET DANS PRESQUE TOUS LES
ORGANES, (*dans le sang*).

La nommée Hélène Es. primipare. Entrée dans le service d'accouchement le 21 février 1872, à 4 heures du soir. Entrée salle Mauriceau le 13 mars.

La malade d'après le peu de renseignements reçus se serait toujours bien portée. Grossesse bonne.

Arrivée dans le service d'accouchement le 21 février elle accouche ce même jour spontanément en O. I. G. A. Délivrance naturelle et complète. Enfant vivant de 2550 grammes. Injection intra-utérine.

Le 22 la malade se plaint de douleurs abdominales sans élévation de température on fait néanmoins deux injections intra-utérines.

Le 23 la température monte à 38°2 le matin, à 39°2 le soir. Le pouls à 120. La diarrhée commence, jaune fétide. Injections intra-utérines. Sac de glace sur le ventre toujours très douloureux. Sulfate de quinine. (Un détail important manque dans les renseignements fournis par le service d'accouchement, on ne sait si la malade a été sondée, ce qui pourrait expliquer le développement ultérieur de la cystite et des abcès des reins).

Les 23, 24, 25, 26, 27, 28 29 février, la fièvre continue dans les mêmes conditions, la température, descend le matin à 37° 2, pour remonter le soir à 39°2-39°6. On continue toujours le même traitement.

Injections au sublimé, au permanganate de potasse et à l'acide phénique. Sulfate de quinine 0,50 centigr.

Le 3 février se produit un violent frissons la température monte à 40°. Le 4 même température.

Le 5 février temp. 39°4 matin et soir.

On constate une adénite de l'aîne gauche.

A partir de ce moment l'état général devient de plus en plus grave, les traits s'altèrent, les frissons se répètent et, sont suivies de sueurs abondantes. Traits altérés, langue sèche fuligineuse, diarrhée.

Nous regrettons que l'état des urines ne soit pas noté dans l'observation fournie par le service d'accouchement.

Du 7 au 13 la temp. se maintient au-dessus de 39° atteignant le soir 40°2-40°4.

La malade se plaint de douleurs dans la cuisse gauche, on constate de ce côté les signes d'une phlegmatia alba dolens légère. Le gonflement oedémateux est peu étendu.

Le 13 mars, c'est-à-dire 22 jours après son accouchement la malade est passée dans le service de M. Labadie-Lagrave.

L'état général est excessivement grave et la malade a tous les signes d'une septicémie aiguë. La prostration est complète la dyspnée est intense et n'est pas expliquée par l'état du poumon qui paraît sain. Délire. La malade répond peu aux questions qu'on lui pose. Le ventre n'est que très peu ballonné et on ne provoque pas de douleur par la palpation, si ce n'est en avant derrière le pubis.

Le toucher ne nous révèle rien de particulier. L'examen au spéculum montre de nombreuses déchirures du col lesquelles sont recouvertes de fausses membranes diphtéroïdes très adhérentes.

Ces dernières existent également en d'autres points du vagin et sur les érosions vulvaires. On les enlève et on cautérise les plaies avec la teinture d'iode.

Une injection intra-utérine est faite avec de l'eau oxygénée et de l'eau naphtolée.

Il nous est impossible d'obtenir des urines. Nous sondons la malade mais il ne s'écoule pas une goutte de liquide. L'orifice de la sonde est bouché par une masse muco-purulente. La vessie ne contient pas d'urine.

Les jours suivants nous cherchons encore à obtenir de l'urine et nous ne pouvons y parvenir, nous concluons à une anurie presque complète.

Le 14 mars la situation s'aggrave de plus en plus, délire, soubresauts des tendons etc. Diarrhée involontaire, presque continue.

On fait néanmoins des injections intra-utérines, on donne de la caféine de l'alcool, et du bromhydrate de quinine.

Température 40° matin et soir.

Examen bactériologique. — Cultures des lochies et du sang, donnent des microcoques et surtout des streptocoques en longues chaînettes de 8,10 éléments.

15 mars. — L'état devient de plus en plus mauvais.

16 mars. — La malade meurt, le matin.

AUTOPSIE. — Poumons congestionnés aux bases.

Cœur teinte feuille morte. Ventricule droit un peu dilaté, rien de particulier aux valvules.

Foie volumineux, teinte jaune de la dégénérescence graisseuse. Poids 2200 gr.

Rate diffluite. Poids 950 gr.

Reins ont un volume considérable et pèsent chacun 350 gram. La capsule est soulevée par des masse jaunâtres et fluctuantes.

La coupe nous montre la substance rénale absolument farcie d'abcès, les uns du volume d'une lentille les autres atteignant le volume d'un œuf de pigeon. Ces abcès renferment un pus jaune verdâtre.

Les abcès siègent à la fois dans la substance corticale et dans la substance médullaire. Les calices et les bassinets sont remplis de pus filant. L'uretère est dilaté.

La vessie petite, à parois épaissies, contient un liquide muco-purulent renfermant des lambeaux noirâtres provenant de la muqueuse sphacelée.

Rien à noter du côté du péritoine et de l'utérus et des annexes. (Utérus et annexes, poids 685 gram). On trouve dans l'utérus des masses noirâtres formées de sang et de caillots qu'on trouve ordinairement après l'accouchement.

Examen bactériologique. — Le sang pris dans le foie, la rate donne des colonies de streptocoques. Celui du cœur et du poumon ne donne rien.

Le pus de la vessie cultivé sur agar donne une culture en bande renfermant des bacilles, des microcoques, et des streptocoques.

Le pus des abcès du rein nous donne surtout des streptocoques et des microcoques.

Les coupes de la paroi utérine durcie et traitée par la méthode de Weigert, nous montre, les sinus remplis de streptocoques surtout abondants du côté de la muqueuse

OBSERVATION XVI

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE A FORME DIPHTÉROÏDE. SALPINGITE DOUBLE. — ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE. — ABCÈS PÉRITONÉAL PÉRIHÉPATIQUE. — CANCER DU POU MON, DES GANGLIONS PÉRITRACHÉO-BRONCHIQUES. — SÉMI CANCÉREUX DU PÉRITOINE ET DES GANGLIONS PÉRITONÉAUX.

La nommée Sous Honorine âgée de 21 ans, domestique, primipare.

Entrée le 16 février 1892, dans le service d'accouchement. Entrée le 6 mars, Salle Moriceau n° 6.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, a eu d'un premier mariage six enfants dont 5 sont en bas-âge. Mère rhumatisante a eu 3 grossesses dont une gémellaire. Notre malade est une des jumelles.

Antécédents personnels. — Toujours bien portante, réglée à 15 ans, toujours régulièrement. Jamais d'écoulements vaginaux.

Grossesse. — Rien à noter pendant la gestation.

Entrée dans le service d'accouchement le 17 février à 7 heures du soir.

Le 18 février le travail commencé. L'accouchement prématuré sans cause appréciable à 8 mois 1/2, se fait le matin à 10 heures, le 19 février en O. I. C. A.

Délivrance naturelle et complète. Injection intra-utérine.

La malade à ce moment toussait et on trouvait quelques râles et de la submatite au sommet droit.

Le 19^e jour de l'accouchement, au soir, la température montait 38°6. Le pouls 100.

Les 20, 21, 22, le pouls restant à 70, 88, la température monte progressivement à 40°2 le soir, descendant à 38°6 le matin.

On fait par jour deux injections intra-utérines.

Du 22 février au 4 mars, la température oscille entre 38°5 le matin et 39°5 le soir, le pouls entre 104 le soir, 72 à 80 le matin.

Le 5 mars, la température monte à 41° le soir, pouls 130.

Pendant toute cette période la malade malgré l'élévation de température a conservé un état général bon, l'appétit est conservé. Le ventre n'est pas ballonné, et on ne provoque aucune douleur par la palpation de l'utérus. On applique cependant un sac de glace sur le ventre et on continue les injections intra-utérines ainsi que le sulfate de quinine.

Tels sont les renseignements peu nombreux donnés par le service d'accouchement.

Le 6 mars, 17^e jour après l'accouchement, la malade est amenée dans le service de M. Labadie Lagrave.

Nous constatons malgré une élévation de température de 39° 6, un état général assez satisfaisant, il n'y a pas de frissons, ni de sueurs abondantes, les traits ne sont pas altérés, et la femme a conservé son embonpoint. Il se fait par le vagin un écoulement abondant mais sans fétidité. Le ventre est souple, non douloureux. Le toucher vaginal nous montre un utérus petit, non douloureux si ce n'est au niveau du col déchiré, et en anté-version. Les culs-de-sac sont libres et indolores.

L'auscultation ne nous donne plus de râles au sommet droit, tout au plus constatons nous une respiration un peu rude, les poumons dans le reste de leur étendue paraissent sains. Devant cet état général en apparence bénin on se contente de faire deux injections intra-utérines et de donner 4 gramme de chlorhydrate de quinine.

Le 7 mars la température est le matin de 38°6, le soir 40°. Même traitement.

Le 8 mars température matin 38°, soir 39°6.

On fait l'examen au spéculum, on voit alors au niveau du col une profonde déchirure se dirigeant à droite.

Cette déchirure est recouverte d'une plaque pseudo-membraneuse d'un blanc éclatant et d'aspect diphtéritique. Le cul-de-sac latéral droit est

recouvert de la même fausse membrane. On essaie de l'enlever et on s'aperçoit qu'elle est très adhérente, on est obligé de la gratter avec une curette. On trouve au-dessous un tissu granuleux saignant. Il s'est fait là une véritable gangrène superficielle de la muqueuse. Avant de pratiquer une injection intra-utérine, on a soin de cautériser la pseudo-membrane avec le chlorure de zinc au 1/10^e.

L'orifice interne est très rétracté, aussi afin de pratiquer plus facilement l'antisepsie de la cavité utérine, fait-on une dilatation avec la laminaire.

Bactériologie. — L'examen direct d'une parcelle de fausse membrane, nous montre la présence de microbes nombreux en points et en chaînettes. On cultive le liquide qui s'écoule de l'utérus et qui recouvre la plaque sphacélée (bouillon et agar).

On trouve dans une 1^{re} culture des streptocoques ayant de 8 à 10 éléments, accompagnés d'un bacille, long, épais, ayant sa partie centrale claire et ses deux extrémités opaques terminées par une spore. Ne se colore pas par le Gram. Ces bacilles sur une deuxième culture disparaissent, et on ne trouve plus que du streptocoque.

Du sang est pris à l'extrémité de l'index après antisepsie préalable et de nombreuses colonies se développent contenant en abondance du streptocoque et du microcoque. Les chaînettes sont de 7 à 8 éléments. Ces micro-organismes se reproduisent facilement dans les cultures secondaires.

Le 9 et 10 mars, on continue la dilatation lente en ayant soin d'enlever la fausse membrane qui se reproduit constamment, et de faire précéder l'introduction de la tige d'une injection intra-utérine et d'un badigeonnage à la glycérine créosotée.

Les culs-de-sac sont à ce moment complètement recouverts par la fausse membrane très adhérente et impossible à détacher dans ces points.

La température oscille entre 38°5 le matin et 39°8 le soir. On constate un peu d'albumine dans les urines.

Le 10 mars, la dilatation étant suffisante, on fait l'examen de la cavité utérine, et on s'aperçoit qu'elle est remplie de fausses membranes identiques à celles que nous avons précédemment décrites. Elles sont très

adhérentes et la curette mousse employée tout d'abord ne parvient pas à les enlever, on termine l'opération avec la curette tranchante.

Injection intra-utérine, drainage avec la gaze iodoformée créosotée.
Bromhydrate de quinine 1 gr.

Température 38° matin, 38°4 le soir.

11 et 12 mars, injections intra-utérines et drainage.

Température matin et soir 38°6.

L'état général est toujours très bon, langue humide pas de douleurs de ventre. On peut toucher facilement les culs-de-sac sans provoquer de douleurs.

13. Température matin et soir 39°. Même traitement.

14. On s'aperçoit que les fausses membranes ont envahi non seulement le col mais le vagin, surtout à sa paroi inférieure. On les enlève par frottement avec un tampon d'ouate imbibé de sublimé, et on les cautérise à la teinture d'iode. Température 38° 8. 38°6. Injection intra-utérine et drainage.

Le 15 mars, la température descend à 38° le matin, mais le soir à 40°. Les fausses membranes gagnent de plus en plus, malgré les injections de sublimé à 0,25 pour 1000, à l'eau oxygénée et les cautérisations à la teinture d'iode.

L'état général s'aggrave, la langue se sèche et l'appétit se perd.

Du 16 au 21 on continue le même traitement.

La température reste toujours au-dessus de 39° le soir pour descendre à 38° le matin.

Le 21 mars les fausses membranes ont envahi tout le vagin et même la vulve, petites lèvres et clitoris. La cavité utérine en est elle-même remplie, on les enlève avec la curette mousse.

Nous constatons que tous les antiseptiques employés sont inefficaces

Du 22 au 23 même état et même traitement.

Le 23, 38°6 le matin, 39° le soir.

La cavité utérine est de nouveau remplie de fausses membranes qu'on

retire avec la curette mousse. Les parois vaginales et vulvaires en sont toujours recouvertes.

On fait alors les injections avec la solution de permanganate à 1/4000. Le lendemain on constate avec étonnement que toutes les fausses membranes ont disparu laissant à leur place une muqueuse granuleuse saignant facilement. On bourre le vagin de gaze iodoformée.

Le 26, on continue les injections de permanganate, les fausses membranes ne se reproduisent pas, la température descend à 37° le soir. Les exulcérations se cicatrisent et pour éviter la rétraction on continue à remplir le vagin de gaze iodoformée. Dans l'utérus crayons iodoformés.

27 mars. — La malade se plaint de douleurs dans le côté droit de la poitrine, elle tousse et expectore un liquide visqueux et filant. Par la pression on trouve au niveau de l'angle de l'omoplate droit un peu de matité. L'auscultation en ce point révèle un souffle léger, et des râles sous-crépitaux. Ventouses, potion de Todd. Codéine et aconit.

La malade a perdu l'appétit et s'amaigrit très rapidement. On soupçonne le début d'une tuberculose, et à cet effet on fait l'examen des crachats, mais on ne trouve pas de bacilles. Au contraire on peut voir de nombreux streptocoques accompagnés de diplocoques encapsulés.

Les jours suivants la congestion pulmonaire augmente et s'étend à toute l'étendue du poumon droit, puis disparaît peu à peu.

Malgré cela la température reste toujours élevée, on note des frissons après lesquels on trouve jusqu'à 40°6.

Le 4 avril la malade s'amaigrit de plus en plus.

Les examens bactériologiques pratiqués tous les 10 ou 15 jours, nous donnent toujours dans les cultures des streptocoques, mais dont les chaînettes ne renferment plus que 4 éléments au plus.

Les 5 et 6 mai la malade a de nouveaux frissons, et on constate de la douleur et de l'empatement dans la région rénale droite, l'albumine qui avait disparu dans les urines fait sa réapparition, la femme est mise au lait. Ventouses sur la région lombaire.

A ce moment à l'examen on s'aperçoit que les plaies laissées par les

fausses membranes se sont cicatrisées, mais que le tissu a une grande tendance à se rétracter. Aussi introduit-on des tampons de gaze iodoformée pour empêcher l'atrésie. L'utérus lui-même s'est atrophié et sa cavité a diminué d'étendue elle n'est plus que de 4 centimètres 1/2.

Malgré nos efforts le vagin diminue de largeur et la surface cicatricielle devient lisse et résistante, les plis vaginaux ont complètement disparu.

Les jours suivants la température reste autour de 38° et ne revient pas à la normale.

On fait de nouvelles cultures du liquide utérin et du sang, les premières restent stériles, tandis que les secondes attestent la persistance des microcoques et de quelques rares chaînettes de streptocoques de 3 à 4 éléments.

Du 22 au 24 mai se produisent des élévations de température atteignant 39, la malade se plaint de douleurs vives sur les deux côtés de l'utérus. Léger ballonnement du ventre.

Le toucher et le palper combinés font découvrir de chaque côté de l'utérus deux tumeurs salpingiennes, du volume d'une mandarine et très douloureuses.

L'apparition de la salpingite double est accompagné de la reproduction dans le sang de chaînettes de 5 à 6 éléments. On fait une dilation et un drainage de la cavité utérine très diminuée d'étendue.

Vers la fin de mai et le commencement de juin, les tumeurs salpingiennes ont beaucoup diminué, ne sont plus douloureuses, mais persistent sous forme de deux nodosités dures du volume d'une châtaigne.

Plusieurs cultures du sang faites pendant le mois de juin montrent la disparition complète de tous les microbes dans le sang.

Malgré cela la malade continue à avoir de la fièvre, des frissons et à s'amaigrir considérablement. Alors que des symptômes génitaux ont disparu, on voit apparaître des signes d'adénopathie trachée-bronchique.

Quintes de toux fréquentes prolongées, matité presternale, souffle intense du poumon droit, du à une compression probable de la bronche du même côté.

On note également des bouquets de râle fins dans les deux poumons.

L'expectoration abondante, est filante, et ne renferme toujours pas de bacilles de la tuberculose. Des vomissements, verdâtres surviennent à plusieurs reprises et durent plusieurs jours.

Pendant les mois de juillet, août, septembre, octobre, l'état est toujours sensiblement le même, frissons, fièvre, grandes oscillations de température, quintes de toux, vomissements, symptômes pulmonaires.

Pendant le mois de novembre, la malade se plaint de violentes douleurs dans la région épigastrique, et jusque dans l'hypochondre droit. Vomissements incoercibles. On ne tarde pas à voir apparaître dans l'hypochondre droit au-dessous du foie une tumeur étendue fluctuante, semblant accolée au bord inférieur de la glande et en suivant tous les mouvements. La plus légère pression fait naître à ce niveau provoque des douleurs intolérables.

Les symptômes pulmonaires sont toujours les mêmes, et malgré l'absence des bacilles on pratique des injections sous-cutanées d'huile gâïacolée.

Pendant les mois de décembre et de janvier la tumeur de l'hypochondre diminue mais ne disparaît pas complètement.

L'état général s'aggrave de plus en plus, l'albumine reparait dans les urines, aux quintes de toux s'ajoute une dyspnée continuelle. Les deux poumons sont le siège d'une matité générale, le souffle s'étend du sommet à la base, et des râles de toutes sortes sont perçus dans toute l'étendue. Températures élevées 40°, 39°.)

Dans les premiers jours de février la malade a d'abondantes hématomèses, et ne tarde pas à succomber aux progrès de la dyspnée, et de la cachexie.

Autopsie. — Cancer des ganglions péri-tracheo-bronchiques. Poumon criblés dans toute leur étendue de masses cancéreuses. Ganglions du hile du foie, du mésentère etc. cancéreux et ramollis.

Volumineux abcès au-dessous du bord inférieur du foie. Trompes du volume d'une mandarine, bosselée, et remplies d'un jus caséeux résistant.

Ces organes sont adhérents aux parois du bassin.

OBSERVATION XVII

SEPTICÉMIE. — LOCALISATION A LA TROMPE ET A L'OVAIRE. — OUVERTURE D'UN ABCÈS DE L'OVAIRE DANS LE PÉRITOINE. — MORT.

La nommée Bil...secondepara,

Entrée dans le service d'accouchement le 11 février 1892 à 3 heures du soir,

Entrée dans le service de M. Lagrave le 17 février.

La malade n'a présenté aucun antécédent pathologique, si ce n'est dit-elle d'abondantes pertes blanches et jaunes. Réglée à 14 ans, toujours régulièrement.

1^{re} grossesse il y a 3 ans, enfant vivant et à terme, suites de couches, bonnes, pas de fièvre.

2^e grossesse, se passe bien, quelques vomissements, varices nombreuses aux deux membres inférieurs et surtout à la partie interne du genou gauche.

La malade à terme, entre en travail le 11 février 1892 ayant perdu les eaux à 4 heures du matin.

Elle est reçue à la Maternité ce même jour à 3 heures du soir.

Le liquide qui s'écoule est mêlé de sang et déjà *très fétide*.

Cette *fétidité* persiste, malgré plusieurs injections vaginales pendant le travail, jusqu'à l'accouchement.

Le travail dure 18 heures et la malade accouche le lendemain 12 février en O I D. P. réduite, Délivrance naturelle et complète.

On donne des injections intra-utérines, au permanganate et au sublimé.

La température est de 37°6 avant et après l'accouchement.

Le pouls avant l'accouchement est à 116, après il descend à 80.

Le 13 février, la température monte le matin à 38°6 le soir à 39°2. On note des douleurs abdominales on fait trois séances d'injections intra-utérines. Sulfate de quinine 0,50 centigrammes,

Le 14 la température est de 39° le matin, de 39° le soir, pouls à 100. Les douleurs de ventre augmentent, il y a du météorisme. Lochies fétides. Diarrhée abondante jaune fétide, dyspnée, traits altérés. Langue sèche fuligineuse. Urines renferment une grande quantité d'albumine, sac de glace sur le ventre, même traitement.

15 février. Température matin 39°2, soir 37°8. Même état général même traitement.

16 février. T. 39°8 le matin et le soir. Pouls à 116.

17 février. Température matin 39°.

On passe la malade dans le service de M. Lagrave, salle Mauriceau n°8.

Nous constatons à l'entrée un état général extrêmement grave présentant tous les signes d'une septicémie aiguë. Le ventre est très ballonné, douloureux au point de ne pouvoir être palpé, une percussion légère permet de constater dans la fosse iliaque gauche une zone de matité dont on ne peut apprécier les limites exactes.

On constate au niveau de l'articulation du genou gauche une énorme masse variqueuse, rouge et enflammée. De ce point partent des traînées moniliformes dues aux veines enflammées. Sur les points du corps qui reposent sur le lit, on voit les surfaces rouges et menaçant de se gangréner, notamment aux deux talons et à la région sacrée.

Au toucher le col est déchiré à gauche et à droite et largement entr'ouvert; l'utérus est volumineux, le cul-de-sac droit est libre et indolore. Du côté gauche le cul-de-sac est douloureux et on sent une masse renitente qui le remplit refoulant l'utérus du côté droit. Cette masse comprend l'ovaire volumineux et la trompe un peu augmentée de volume. On a également la sensation d'exsudats périovariens et péri-salpingiens.

Le doigt ramène des lochies extrêmement fétides et des grumeaux noirâtres, d'une odeur repoussante. Deux injections intra-utérines sont faites. Urines albumineuses. Lait, alcool, bromhydrate de quinine.

Diarrhée très abondante, Naphtol et salicylate de bismuth à 2 gram. Vomissements incessants, verts.

Le 18 février. — La collection du bassin a considérablement augmenté

tout le ligament large paraît envahi à gauche. Vomissements Température matin 40°, soir 39° 4. M. Labadie-Lagrave fait appliquer 8 sangsues sur le côté gauche du ventre (Injections intra-ut).

Le 19 février.—L'état général paraît s'être amendé, la femme qui était dans un état de prostration complet répond mieux à nos questions. Toujours une abondante diarrhée. Le ballonnement du ventre a diminué et permet mieux d'apprécier l'étendue de la collection. Température matin et soir 39. 39°. Peu de vomissements.

Le 20 février au matin la malade paraît mieux le ventre n'est plus ballonné et on constate que la tumeur ovaro-salpingienne a considérablement diminué de volume, au point d'être peu appréciable par le toucher combiné au palper.

La température est de 39, les vomissements ont disparu. Le soir à notre contre-visite tout a changé, le ventre dans l'espace de quelques heures a augmenté de volume, très douloureux à la pression dans tous les points. Le toucher cependant nous montre que la collection purulente n'a pas augmenté de volume, et a même diminué.

Les vomissements porracés sont incessants. Il en est de même de la diarrhée. Dyspnée intense. (Application de glace sur le ventre).

La température est à 40° 6.

On a tous les signes d'une péritonite suraiguë.

L'autopsie nous donnera l'explication de cette apparente anomalie.

Le 21 février. — l'état général s'aggrave encore, les traits sont tirés, on a le facies péritonitique au grand complet. La phlébite variqueuse de la cuisse droite a un aspect gangréneux.

Des eschares soulevées par de la sanie se sont produites aux deux talons et dans la région sacrée.

La température est, le matin de 39° 4, le soir de 39°.

Le 22 février. — La température est le matin de 38° 2 : la tendance au refroidissement est général, on le constate aux mains, aux pieds, au visage. Une sueur froide recouvre tout le corps. La malade est à l'agonie et meurt dans l'après-midi.

Examen bactériologique. — Les cultures des lochies et du sang ont produits des colonies renfermant des microcoques et des streptocoques en chaînettes de 7 à 8 éléments.

Ces expériences ne se sont faites qu'une seule fois pendant la vie de la malade.

Autopsie. — *Cœur*, ne présente rien de particulier, les valvules sont saines.

Cerveau, rien à noter.

Poumons congestionnés aux bases.

Reins très congestionnés.

Rate normale.

Foie gras, légèrement jaunâtre, 1870 gram.

Le péritoine est recouvert d'exsudats purulents.

Le pus qui est contenu dans le petit bassin est évalué à 3 ou 4 cuillerées.

L'utérus est encore volumineux, on ne trouve rien à droite du côté des annexes, l'ovaire et la trompe sont normaux à gauche; la trompe est du volume du petit doigt et remplie de pus. Mais les lésions les plus intéressantes sont du côté de l'ovaire. On trouve là une cavité enfructueuse communiquant par un orifice de trois millimètres avec la cavité péritonéale. On a affaire à un abcès qui s'est vidé dans le péritoine. Par la coupe on peut s'assurer que la cavité pouvait contenir environ une cuillerée de pus.

Le tissu de l'ovaire est enflammé et comme œdématisé.

On cultive le sang du foie et de la rate, et le pus encore contenu dans l'ovaire, ainsi que le pus du péritoine. Nous trouvons dans toutes les cultures des streptocoques et des microcoques, pas de septocoques mobiles.

OBSERVATION XVIII.

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE LARVÉE. -- DÉBUT DE LA FIÈVRE AU 13^e JOURS. — SIGNES D'UNE PÉRICARDITE. — AUCUN SYMPTÔMES DU CÔTÉ DE L'UTÉRUS ET DU PÉRITOINE JUSQU'AU 40^e JOURS. AU 40^e JOUR SIGNES DE PÉRITONITE LOCALISÉE A L'HYPOCHONDRE DROIT. — GÉNÉRALISATION RAPIDE, MORT AU 48^e JOUR. (*Autopsie. Péritonite généralisée*).

La nommée J. Garf... âgée de 42 ans. Multipare. Arrivée accouchée de deux jumeaux et délivrée par elle-même. Maternité. Salle Dubois N° 22.

Antécédents rhumatismaux dans sa famille, (mère, et frère).

Réglée à 15 ans 1[2 jusqu'à une première attaque de rhumatisme vers la vingtième année. (Rhumatisme articulaire aigu fibrile). A partir de ce moment les règles ne sont plus régulières la malade est soignée pour une maladie de cœur.

Première grossesse à 22 ans, pendant tout le temps de cette dernière, palpitations, vomissements. Cependant l'accouchement est normal et à terme.

Depuis ce moment la malade a eu plusieurs attaques de rhumatismes notamment en 1876 et 1880. Deux autres accouchement, ont lieu à terme.

La dernière grossesse a débuté à la fin de mars 1892. Elle s'est assez bien passée jusqu'au 5^e mois. A ce moment le ventre est devenu volumineux, et la malade a souffert depuis lors de palpitations et de dyspnée. La malade accouche le 15 novembre de deux jumeaux et se délivre elle-même, le médecin appelé constate que les deux arrières-faix, séparés, sont complets.

La femme est conduite à la Maternité le 16 novembre, quelques heures après son accouchement, on lui fait une injection intra-utérine avec la solution de sublimé au 1/4000.

La température reste normale jusqu'au 19 novembre, où elle monte le soir à 38°2. On donne une injection intra-utérine et 0,50 centig. de sulfate de quinine. Le lendemain et les jours suivants le thermomètre marque

37°. Le 27 novembre sans frisson, la température monte à 39°8. Injections intra-utérines. Sulfate de uinine, 0,50. Le 28, température matin 39°8, soir 40°, même traitement.

Le 29. — La température descend à 37° mais pour remonter le 30 au soir, aux environs de 39° et s'y maintenir jusqu'au 6 décembre.

Pendant toute cette période on n'a pu constater aucun signe du côté de l'utérus, de ses annexes ou du péritoine. Les lochies ont été normales, l'utérus et l'abdomen indolores. L'auscultation a révélé l'existence d'un rétrécissement mitral et d'une insuffisance. La malade est passée dans le service de M. Labadie-Lagrave avec le diagnostic d'affection mitrale.

Le 4 décembre. — La température est toujours de 39°4, 39°. L'état général est mauvais, la face pâle, les sueurs et la diarrhée abondantes. On constate une légère albuminurie. Le pouls varie entre 100 et 110.

Pas plus que dans le service d'accouchement nous ne constatons de signes du côté de l'appareil génital. Le ventre est parfaitement souple et indolore. Le toucher ne révèle aucune douleur, aucun empatement dans les culs-de-sac vaginaux. L'utérus peu volumineux ne laisse écouler qu'un liquide séreux absolument normal.

La malade se plaint d'une douleur vive et continue au niveau de la région précordiale, nous l'auscultons et outre les signes de la maladie mitrale nous trouvons un frottement raueux qui augmente lorsqu'on la fait asseoir.

Nous diagnostiquons une péricardite d'origine récente et de nature rhumatismale et nous dirigeons notre traitement dans ce sens. (Révulsion. Spartéine.

On se contente de faire des injections vaginales à la malade.

Du 5 au 22 décembre les symptômes généraux s'amendent légèrement la malade s'alimente mais reste toujours pâle, affaiblie et albuminurique. Temp. autour de 38°5.

Aussi devant la persistance de ces signes faisons-nous des cultures des lochies et du sang. Nous sommes tout étonné de trouver le lendemain de magnifiques colonies de streptocoques dans les tubes inoculés avec du sang.

Les cultures de lochies sont restées stériles. Notre diagnostic de péricardite rhumatismale, était donc relativement faux, la persistance de l'état général mauvais était due à une septicémie lente d'origine puerpérale. A cette époque (11 décembre), grâce à l'antiseptie intra-utérine et vaginale les microbes avaient disparu du canal vagino-utérin.

L'examen bactériologique est continué tous les quatre jours, nous trouvons toujours des chapelets de 4 à 6 éléments accompagnés de microcoques et de diplocoques mobiles.

Le 22 décembre, la malade se plaint d'une vive douleur dans l'hypochondre droit, douleur qui l'empêche de respirer. Elle est prise de vomissements porracés.

On constate au-dessous du foie un léger empatement, qui est le siège de violentes douleurs à la pression.

Les jours suivants l'empatement se généralise le ventre se ballonne, la plus légère pression est intolérable. Les vomissements verdâtres continuent et deviennent presque incessant.

Les traits s'altèrent. Le pouls est rapide et dépressible. En un mot on a tous les signes d'une péritonite générale ayant débuté non pas autour de l'utérus ou de ses annexes, mais dans l'hypochondre droit.

La température au lieu de s'élever, baisse et se maintient autour de 37°5 atteignant rarement 38°

Les symptômes cardiaques et péricardiaques n'ont pas changés.

Toujours un peu d'albumine dans les urines.

Les cultures du sang, faites le 23 décembre donnent en abondance du streptocoque en chainettes de 7 à 8 éléments.

Les 28, 29, 30, décembre l'état général devient de plus en plus mauvais.

Le 30 le pouls est incomptable, et très dépressible temp. le soir 38°6.

La malade meurt le 31 décembre.

Autopsie. 2 janvier. Poumons sains.

Cœur hypertrophié, siège de rétrécissement et d'insuffisance mitral.

Péricarde épaissi d'une façon générale, le feuillet viscéral, porte une

plaque de péricardite récente de la dimension d'une pièce de 5 francs, le sac péricardique contient quatre ou cinq cuillerées de liquide citrin.

Cerveau, rien à remarquer.

A l'ouverture de l'abdomen singulièrement ballonné, on constate une quantité considérable de pus épais verdâtre. Les anses intestinales dilatées sont reliées par des fausses membranes épaisses. Le foie, l'utérus, les annexes sont également recouverts des mêmes néo-membranes.

Il est difficile à première vue d'indiquer le point de départ de la péritonite.

OBSERVATION XIX (communiquée par M. GOUJET).

(Péritonite puerpérale. Sans élévation de température).

Une femme de 22 ans, primipare, entre le 15 novembre à la crèche de l'hôpital Tenon.

Elle n'avait jamais été malade et n'avait jamais souffert du ventre lorsque, vers la fin du sixième mois de sa grossesse, elle fut prise de douleurs abdominales avec vomissements verdâtres, pour lesquelles elle entra à Lariboisière. Un mois après, c'est-à-dire à 7 mois environ, elle accoucha chez une sage-femme de cet hôpital, qui, dès le lendemain de son accouchement, l'envoya à l'hôpital Tenon.

Elle y arrive dans un état d'adynamie extrême, répondant avec peine aux questions qu'on lui pose. La teinte générale du visage est d'une grande pâleur, mais sur ce fond pâle se détachent trois plaques rosées plutôt que franchement rouges, dont l'une siège sur le nez, les deux autres sur les joues, séparées de la première par deux bandes de peau saine. A la limite de ces plaques, on ne trouve pas de bourrelets bien appréciables.

La langue est chargée d'un épais dépôt blanchâtre, et, à l'examen de la bouche, on aperçoit sur la joue droite, le pilier antérieur et l'amygdale du même côté une sorte de fausse membrane grisâtre, qui n'est autre que la membrane d'enveloppe d'une phlyctène rompue. La déglutition est très douloureuse, la voix nasonnée. L'adénopathie sous-maxillaire est à peine accusée.

L'abdomen, sensiblement normal à la vue, n'est guère douloureux au palper. On sent, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, le fond de l'utérus, dont la consistance est assez mollassse. Le col n'est pas déchiré, le périnée est intact. Les lochies n'ont qu'une très légère odeur. Ni diarrhée, ni vomissements, ni frissons. La température est normale ($37^{\circ}4$), mais le pouls est à 120.

Traitement. Todd, quinine, injections intra-utérines, gargarismes et compresses à l'eau boriquée.

Le lendemain (16 novembre), la prostration augmente. La malade va sous elle. L'abdomen devient un peu douloureux au palper, surtout dans le côté droit de l'hypogastre (six ventouses scarifiées). La température reste au même niveau.

Le 17, l'érysipèle de la face a beaucoup pâli, mais l'état général n'a fait que s'aggraver. La malade ne répond plus aux questions que par monosyllabes. Léger nuage d'albumine dans les urines. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs, mais les masses musculaires des mollets sont très douloureuses à la pression.

L'abdomen ne paraît plus sensible. Il n'est réellement météorisé : la paroi abdominale donne, au contraire, au palper une sensation de flaccidité, et l'on perçoit au-dessous une sorte d'empâtement mal définissable : on dirait le ventre d'un cadavre. Cette sensation est assez caractéristique pour permettre d'affirmer la péritonite. Les extrémités se refroidissent ; la température rectale ne dépasse pas $37^{\circ}9$, mais le pouls, très petit, est à 132. Rien au cœur ni aux poumons.

La malade s'éteint peu à peu, et succombe le lendemain matin.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule quelques cuillerées d'un liquide séro-purulent ; les anses intestinales sont agglutinées par des fausses membranes jaunâtres, molles, très faibles. Les reins sont congestionnés, le foie volumineux, gris clair à la coupe. La rate paraît normale. Congestion des bases pulmonaires. Rien au cœur.

L'utérus contient un fragment de cotylédon placentaire. La surface interne est tapissée d'un putrilage rougeâtre. Rien de particulier dans les trompes ni les ovaires.

OBSERVATION XX

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE LARVÉE (*à début retardé*). — SALPINGITE DROITE. — PHLEGMATIA-ALBA-DOLENS. LÉGÈRE DE LA CUISSE DROITE. — CONGESTION PULMONAIRE. — STREPTOCOQUES DANS LES LOCHIES ET DANS LE SANG. CURETTAGE. — DRAINAGE. — GUÉRISON.

La nommée R... âgée de 29 ans. multipare, 5 grossesses.

Renseignements fournis par le médecin traitant.

La malade a toujours joui d'une excellente santé. Réglée à 15 ans régulièrement. Elle a eu 4 grossesses normales, les deux premières à 15 mois de distance, les deux autres à 3 ans d'intervalle. Les suites des couches ont toujours été bonnes, sans fièvre. Dans l'intervalle des grossesses, jamais de pertes blanches.

La dernière grossesse se passe très bien et la malade est accouchée à terme par une sage-femme de la ville, chez laquelle elle réside, le 23 juin 1892.

Délivrance normale et complète. On fait des injections antiseptiques. Tout va bien jusqu'au 13^e jour. A ce moment elle commence à éprouver de légères douleurs dans le côté droit du ventre et dans la cuisse et la hanche du même côté, les douleurs sont plus violentes à la pression sur le côté droit de l'utérus et le long du trajet de la veine fémorale. On ne sent d'ailleurs aucun empatement dans ces régions et il n'y a pas encore d'œdème de la cuisse ou de la jambe.

Pendant cette période la température oscille entre 37°8 le matin et 39°4 le soir, le pouls varie de 96 à 100.

Les lochies jaunes grisâtres ne sont pas fétides. On continue les injections vaginales avec la liqueur de Van-Swieten au quart. Les douleurs diminuent en quelques jours sans disparaître entièrement.

Le 16^e jour survient de la dyspnée, et l'on constate de la congestion pulmonaire de la base des deux poumons.

Le point de côté se fait sentir surtout à gauche bien que le poumon droit soit plus congestionné. Il y a quelques nausées mais la malade ne vomit pas. Cet état persiste pendant une quinzaine de jour, avec diarrhée

fétide et sueurs très abondantes. Les urines contiennent une quantité notable d'albumine.

La malade se plaint pendant tout ce temps d'une douleur siégeant du côté de l'articulation coxo-fémorale. La température varie toujours de 38° à 39°.

Le docteur D... fait appeler un médecin des hôpitaux qui diagnostique une attaque de rhumatisme avec congestion pulmonaire. On donne du salicylate de soude, mais l'état ne fait qu'empirer, et au 30^e jour la température se maintenant au-dessus de 39° on fait appeler M. Labadie-Lagrave. Il constate un état général grave, le pouls est petit, fréquent, la température est le soir de 40°. Malgré la diminution de la congestion pulmonaire la dyspnée est toujours considérable. Le palper révèle des douleurs vives sur les deux côtés de l'utérus encore gros, et sur le trajet de la saphène interne. Le membre inférieur droit est impotent et le plus léger mouvement communiqué produit une souffrance vive au niveau de l'articulation coxo-fémorale. Le toucher permet de constater un empatement du cul-de-sac droit, qui est douloureux. Légère douleur dans le cul-de-sac latéral gauche.

Le ventre est légèrement ballonné. La diarrhée jaune, fétide, est toujours très abondante. Urines fortement albumineuses. Il se fait par le vagin un écoulement opaque d'un blanc grisâtre, mais sans fétidité. Monsieur Labadie-Lagrave n'hésite pas à diagnostiquer un cas de septicémie retardée et atténuée, avec localisations aux poumons, à la veine saphène interne et à la trompe droite. Il nous prie d'aller voir la malade, de lui faire une injection intra-utérine avec la solution de permanganate et de prélever du sang et des lochies pour les cultiver.

Nous constatons ce même jour un accroissement de la phlegmatia. Le membre inférieur droit est œdématié dans toute son étendue et douloureux.

Bactériologie. — Les lochies prises dans la cavité utérine et cultivées, donnent en abondance des streptocoques et des microcoques. Au bout de quelques jours on voit apparaître sur l'agar, à côté des plaques de streptocoques, des colonies surélevées au centre, et de couleur jaune d'ocre.

Ces dernières renferment des organismes volumineux rassemblés par quatre (tétragénus).

Le sang donne des colonies de streptocoques et de microcoques. Les chaînettes ont de 4 à 6 éléments, on fait une série de cultures sur agar et bouillon, et l'on voit se reproduire le streptocoque, avec cette différence que les chaînettes s'accroissent et ont de 8 à 10 éléments.

La sage-femme a dans une chambre à côté de celle de notre malade une femme accouchée depuis une dizaine de jours laquelle a de la fièvre 39°3 et des lochies fétides, sans état général mauvais.

Elle veut bien nous laisser prendre du sang qui cultivé nous donne les mêmes résultats. On lui fait sur le conseil de M. Labadie-Lagrave des injections vaginales avec le sublimé. Ces soins suffisent, la fièvre tombe en quelques jours et la malade sort guérie.

Nous retournerons voir Mme R. deux jours après, les résultats des cultures étant connus. Nous constatons un état général toujours très mauvais. Il s'écoule de l'utérus un liquide purulent de mauvaise nature. La température est au-dessus de 39°.

On peut introduire facilement une curette mousse, aussi pratiquons-nous sur le champ une *curettage* avec cet instrument. On ramène du pus renfermant des débris pustilagineux, on fait ensuite une injection intra-utérine avec la solution de permanganate de potasse à 1/1000, suivi d'un drainage avec la gaze iodoformée et créosotée.

Les jours suivants M. le Dr D. continue les injections et le drainage.

A partir de cette intervention le mieux s'accroît la température tombe à la normale ne dépassant pas 37°4. La phlébite persiste cependant, et le gonflement et les douleurs ne diminuent qu'à la longue.

A partir du 6 août l'œdème diminue d'une façon notable. Les douleurs abdominales ont à peu près disparu.

La température est tout à fait normale, l'albumine a disparu dans les urines, il en est de même de la congestion pulmonaire.

Le 17 août la malade se lève contre l'avis du médecin et se place sur une chaise longue, elle est prise le soir même d'un frisson et d'une éléva-

tion de température de 39°8, suivie de sueurs abondantes. Le ventre se ballonne, devient douloureux spontanément et à la pression.

Injectons vaginales. Sulfate de quinine.

Le 18 et le 19 ces symptômes persistent.

Le 20 août nous voyons la malade, la température est tombée et cependant le ventre est ballonné et douloureux. Le toucher combiné au palper nous permettent de constater l'empatement du cul-de-sac droit lequel est douloureux. Il existe là une salpingite et périsalpingite d'un volume restreint. Le cul-de-sac gauche est aussi un peu douloureux mais il n'existe pas de tumeur appréciable. Il n'y a plus d'écoulement lochial.

On continue les injections chaudes au sublimé, et on donne de grands lavements chauds. Le repos le plus complet est conseillé.

Nous prélevons du sang et nous le cultivons sur l'agar. Deux jours après on voit de rares colonies blanches n'excédant pas le volume d'une tête d'épingle. Streptocoques de trois à quatre éléments. Microcoques. Rien dans les lochies.

La malade revue au mois de décembre est complètement rétablie.

CONCLUSIONS

1° La septicémie puerpérale atténuée par la pratique, universellement répandue de l'antisepsie prophylactique n'a pas complètement disparu du cadre nosologique.

On la rencontre aujourd'hui sous des formes sporadiques et généralement curables : les formes fruste, larvée, prolongée, diphthéroïde et phlébitique.

2° Le micro-organisme, auquel on peut attribuer la production exclusive de ces formes d'infection est le streptococcus pyogènes et ses variétés évolutives, le micrococcus et le diplococcus animé.

3° L'atténuation du streptocoque porte soit sur sa quantité, par la destruction d'un certain nombre de ses éléments qui ne peuvent plus pénétrer dans la circulation générale, soit sur sa qualité par l'affaiblissement de sa virulence.

4° La plupart des formes atténuées peuvent être diagnostiquées cliniquement en se fondant sur l'état général, relativement bénin, et sur un ensemble de symptômes presque constants : élévation de température précédée de frissons, rapidité du pouls, diarrhée fétide albuminurie.

5° Les formes larvées en particulier présentent quelquefois des difficultés de diagnostic clinique insurmontables.

Dans ces cas l'examen bactériologique des lochies et du sang, en décelant les organismes pathogènes, conduira à la véritable interprétation.

6° Dans toutes ces formes, en effet, et pendant toute la durée de leur évolution, il existe un état septicémique, caractérisée par la présence dans le sang du streptococcus qui peut être décelé par

l'examen direct, mais surtout par les cultures sur différents milieux ce qui vient confirmer le diagnostic.

7° Le streptocoque, dans les formes frustes, ou au moment de la première poussée septicémique des autres variétés, se montre sous sa forme la plus élevée en organisation, la chaînette de huit à dix éléments.

Le nombre des chapelets et le nombre de leurs éléments diminuent avec l'abaissement de la température et l'amendement de l'état général.

8° Dans les formes prolongées, l'organisme pathogène persiste dans le sang, malgré sa disparition de la cavité utérine, et peut être retrouvé en courtes chaînettes ou sous l'aspect de microcoques ou de diplocoques pendant les périodes apyrétiques intercalaires.

Les longs chapelets reparaissent au moment des nouvelles poussées septicémiques qui par cela même peuvent être pronostiquées à l'avance.

9° Le streptococcus subit une atténuation progressive de sa virulence après chaque poussée septicémique, ou chaque localisation qui deviennent, de ce fait, de moins en moins importantes.

10° Une malade ne peut être considérée comme guérie que lorsque des examens répétés ont montré la disparition définitive de tout microbe de la circulation générale.

11° Le streptocoque étant le seul organisme qui résiste à l'antisepsie prophylactique de la cavité utérine, c'est sur ce point, le principal foyer de repullulation, que doivent porter, dès le début de l'affection tous les efforts de la thérapeutique.

On parviendra à désinfecter quelquefois l'endomètre par des injections intra-utérines bien faites et répétées, avec des antiseptiques appropriés, mais si, malgré leur emploi, les microbes persis-

tent accompagnés d'un état septicémique, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'abrasion de la muqueuse septique par le curettage complet, qu'on fera suivre du drainage journalier et prolongé.

Vu, le doyen,

BROUARDEL.

Vu par le président de la thèse.

G. SÉE.

Vu et permis d'imprimer :

le vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

